



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

BEATRIZ COSTA SOUZA

**A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA
SAÚDE PÚBLICA: PRINCIPAIS INDICADORES NA ATUALIDADE**

BRASÍLIA – DF

2017

BEATRIZ COSTA SOUZA

**A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA
SAÚDE PÚBLICA: PRINCIPAIS INDICADORES NA ATUALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do título de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ma. Liliam dos Reis
Souza Santos

BRASÍLIA – DF

2017

BEATRIZ COSTA SOUZA

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA SAÚDE PÚBLICA: PRINCIPAIS INDICADORES NA ATUALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como
requisito para obtenção do título de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ma. Liliam Santos

BANCA EXAMINADORA:

Prof.a. Ma. Liliam dos Reis Souza Santos (Orientadora)

Dept. de Serviço Social da UnB

Avaliadora interna: Profa. Dra. Miriam Albuquerque

Dept. de Serviço Social da UnB

Avaliadora interna: Profa. Dra. Janaína Lopes do Nascimento Duarte

Dept. de Serviço Social da UnB

BRASÍLIA – DF

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser minha fonte de força, meu sustento, minha fortaleza e meu refúgio.

Ao meu namorado Vítor Caséca, pelo apoio incondicional, pelo amor e carinho e por estar ao meu lado sempre.

À orientadora Liliam Souza pela paciência, persistência e atenção que me possibilitaram a oportunidade de construir esse trabalho.

A todas as colegas do curso de Serviço Social, em especial às amigas que há muito se formaram mas que me cativaram para sempre: Guizela Mollhöff, Fabiana Lopes e Gesiele Lemos.

À professora Adelina Moreira (Nina), por ser uma professora competente, mais que querida (a quem considero uma amiga) e por quem tenho profunda admiração e respeito.

À supervisora de estágio, Verônica Gomes, pelos ensinamentos e pela oportunidade.

A minha irmã Karolina por estar presente em um dos momentos mais difíceis na minha vida, me guiando com sua experiência.

Às professoras que formarão a banca, Miriam Albuquerque e Janaína Lopes.

RESUMO

Como objetivo geral nos propomos refletir sobre a prevalência da precarização do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito do SUS por meio dos principais indicadores na atualidade, considerando as tendências mundiais daquele fenômeno e a particularidade brasileira. A metodologia utilizada nesse trabalho consistiu em uma pesquisa bibliográfica a partir de uma revisão da literatura de artigos científicos nacionais produzidos no período de 2007-2016¹ nas bases de dados da SciELO, BVS-Psi e CAPES, com as palavras-chave: precarização do trabalho na saúde; precarização do trabalho no SUS; precarização dos profissionais em saúde. A precarização não é um fenômeno novo, pois existe desde o início do trabalho assalariado. Entretanto atualmente, a precarização existe sob formas renovadas, e já não respeita os limites da formalidade, adentrando, inclusive, no setor público. Nesse sentido, surge a importância de refletir sobre esse assunto, avaliando seu impacto e as transformações provocadas no mundo do trabalho. O estudo apresenta uma breve abordagem sobre o trabalho no capitalismo, particularmente sobre seu caráter precário, considerando a construção histórica dos modelos produtivos (taylorismo, fordismo e toyotismo). Apresentaremos também como se construiu a política de saúde no contexto brasileiro, dialogando com a literatura especializada. E finalizaremos com os principais indicadores levantados sobre a precarização no SUS. Nesse capítulo optou-se por eleger as seguintes categorias para análise:

- 1) Condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho;
- 2) Fragilidade dos direitos;
- 3) Condições de realização do exercício da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Precarização, Trabalho, Saúde.

¹ É necessário fazer uma ressalva nesse ponto: apesar dos trabalhos aqui utilizados terem sido produzidos entre 2007 e 2016, um dos textos aqui selecionados, devido a sua grande contribuição e relevância para o tema, foi contemplado apesar de ter sido produzido em 1999.

ABSTRACT

The objective of this study is to reflect on the prevalence of the precariousness of the work of health professionals within SUS, considering their worldwide trends and Brazilian particularity, based on the academic productions available in electronic research platforms. The methodology used in this work consisted of a bibliographical research based on a literature review of national scientific articles produced in the period 2007-2016² in the databases of SciELO, BVS-Psi and CAPES, with the keywords: precariousness of work in health; precariousness of work in SUS; precarization of health professionals. Precarization is not a new phenomenon, since it exists from the beginning of wage labor. Today, however, precariousness exists in renewed forms, and no longer respects the limits of formality, even entering the public sector. In this sense, the importance of reflecting on this subject arises, evaluating its impact and the transformations provoked in the world of work. The study presents a brief approach on the work in capitalism, particularly on its precarious character, considering the historical construction of the productive models (Taylorism, Fordism and Toyotism). We will also present how the health policy was constructed in the Brazilian context, in dialogue with the specialized literature. We will also present how the health policy was constructed in the Brazilian context, in dialogue with the specialized literature. And we will end with the main indicators raised about the precariousness in SUS. In this chapter we chose to choose the following categories for analysis:

- 1) Physical and material conditions of the work infrastructure;
- 2) Fragility of the rights;
- 3) Conditions for the exercise of the profession.

KEY WORDS: Precarization, Work, Health.

² It is necessary to make a reservation on this point: although the works were produced between 2007 and 2016, one of the texts selected here, due to its great contribution and relevance to the theme, was contemplated although it was produced in 1999.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EUA - Estados Unidos da América

COMECON - Conselho Mútuo para Assistência Econômica

OPEP - Organização dos Países Exportadores de Petróleo

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

JK - Juscelino Kubitschek

PIB - Produto Interno Bruto

FMI - Fundo Monetário Internacional

FHC - Fernando Henrique Cardoso

PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

OSs - Organizações Sociais

RJU - Regime Jurídico Único

LC - Lei Complementar

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

RCL - Receita Corrente Líquida

SUS - Sistema Único de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

DENERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

PNS - Plano Nacional de Saúde

LOS - Lei Orgânica da Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

EC - Emenda Constitucional

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

CF - Constituição Federal

CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

SciELO - Scientific Electronic Library Online

BVS-Psi - Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 - O DEBATE SOBRE O TRABALHO E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO.....	13
1.1 - Do modelo taylorista-fordista ao toyotista: principais alterações no mundo do trabalho.....	13
1.2 - Da crise do modelo taylorista-fordista ao modelo toyotista.....	17
1.3 - A conjuntura brasileira.....	22
1.4 - O processo de reestruturação produtiva brasileiro e os impactos no mundo do trabalho: flexibilização das relações de trabalho e a precarização do trabalho.....	29
CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO.....	37
2.1 Histórico da política de saúde no Brasil: marcos para uma reflexão crítica.....	37
2.2 - A precarização do trabalho em saúde.....	43
CAPÍTULO 3 – PRINCIPAIS INDICADORES LEVANTADOS SOBRE A PRECARIZAÇÃO NO SUS.....	48
3.1 - Textos selecionados.....	49
3.2 - Dados sobre a precarização.....	50
3.3 - Condições de infraestrutura, direitos trabalhistas e exercício profissional.....	50
3.4 - Reflexões finais sobre a precarização na saúde.....	58

CONCLUSÃO.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	66

INTRODUÇÃO

A precarização do trabalho significa o desmonte dos direitos trabalhistas, sendo de suma importância refletirmos sobre a mesma, avaliando seu impacto e as transformações provocadas no mundo do trabalho.

Nesse aspecto, uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, trata-se do crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores (celetistas e estatutários). Encontram-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação.

Outra mudança que podemos elencar diz respeito ao fenômeno da terceirização, que também cresce na área da saúde e tem sido muito utilizado pelos empregadores, até mesmo no setor público - nesse trabalho traremos também instrumentos legais que favorecem à precarização.

Assim, como objetivo geral nos propomos refletir sobre a prevalência da precarização do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito do SUS por meio dos principais indicadores na atualidade. Como objetivos específicos buscamos refletir sobre o processo de precarização do trabalho, considerando suas tendências mundiais e a particularidade brasileira; e refletir sobre a precarização do trabalho dos profissionais de saúde no contexto da política pública de saúde.

A metodologia utilizada consistiu em uma pesquisa bibliográfica a partir da revisão da literatura dos trabalhos científicos nacionais produzidos no período de 2007-2016 nas bases de dados da SciELO, BVS-Psi e CAPES com as palavras-chave: **precarização do trabalho na saúde; precarização do trabalho no SUS; precarização dos profissionais em saúde**. O levantamento bibliográfico para fazer a discussão do processo de precarização do trabalho na atualidade e também sobre a política de saúde no Brasil foi realizado a partir de autores chave.

Com a finalidade de selecionar essas produções foi feita a leitura do resumo dos documentos. Primeiramente, observou-se que muitos dos trabalhos encontrados não tinham relação direta com o assunto, mas se aproximavam em certa medida, oferecendo uma contribuição a mais. Para uma avaliação mais criteriosa, foram lidas as introduções dos resumos que causaram dúvidas quanto ao tema. Depois desse filtro foram selecionados 9 trabalhos.

No primeiro capítulo apresentaremos as principais modificações ocorridas no mundo do trabalho e que concorreram para o atual cenário de precarização das relações de trabalho das profissões da saúde no Brasil, pois a precarização do trabalho possui uma contextualização, sendo um processo socialmente construído dentro das sociedades capitalistas. Também trataremos da conjuntura internacional e fecharemos com o contexto brasileiro.

No segundo capítulo abordaremos a política de saúde no Brasil. Para esta tarefa precisamos compreender os processos históricos envolvidos em sua estruturação. Faremos uma análise da política de saúde, a começar do início do século XX até a atualidade.

Para finalizar, no capítulo 3, serão expostos os principais indicadores levantados sobre a precarização no SUS. Nesse capítulo optou-se por eleger as seguintes categorias para análise:

- 1) Condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho – compreender a precarização a partir das condições do espaço de trabalho (tanto para o profissional quanto para o usuário);
- 2) Fragilidade dos direitos (incluindo salário, vínculo de emprego, estabilidade e condições de segurança);
- 3) Condições de realização do exercício da profissão (permite ao profissional atender as suas próprias demandas, exercendo sua profissão dignamente, cumprindo com a demanda do usuário, com participação política do profissional).

Após essa etapa serão feitas as reflexões finais sobre a precarização da saúde.

CAPÍTULO 1 – O DEBATE SOBRE O TRABALHO E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO

1.1 – Do modelo taylorista-fordista ao toyotista: principais alterações no mundo do trabalho.

Com o propósito de realizar uma reflexão a respeito do processo de precarização do trabalho das profissões de saúde, será realizada neste capítulo uma breve abordagem sobre o trabalho³ no capitalismo, particularmente sobre o caráter precário que o trabalho assume nesse sistema, considerando a construção histórica dos modelos produtivos, as suas contradições e as principais transformações que envolvem o mundo do trabalho.

No contexto de desenvolvimento de técnicas de aperfeiçoamento dos processos de trabalho, Taylor é uma das principais referências. Com base em estudos acerca da eficiência do trabalho, propôs uma gerência científica deste e, para isso, sugere que os trabalhadores deveriam ser organizados de forma sistemática e hierarquizada, razão pela qual o taylorismo ficou conhecido por administração científica. Isso envolvia realizar as tarefas de modo mais inteligente e com máxima economia de esforço.

Desse modo tornava-se necessário selecionar corretamente o operário e treiná-lo para desenvolver uma atividade específica e simples (especialização do trabalho), sem necessidade de um conhecimento prévio, bastando a habilidade adquirida durante o treinamento na própria empresa, sendo monitorado segundo

³ Utilizamos aqui a concepção marxista de trabalho. O trabalho é definido por Karl Marx como a atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força para produzir os meios necessários ao seu sustento. Na sociedade capitalista, o trabalhador, desprovido dos meios de produção para fabricar o que necessita, passa a vender a única “mercadoria” de que dispõe para sobreviver: sua força de trabalho. O sujeito, antes intimamente ligado ao seu labor, passa a ser desconectado daquilo que produz, não lhe pertencendo os resultados desse trabalho - estado de alienação. Esse trabalho é comprado por um salário, que, na maior parte das vezes, é suficiente apenas para reprodução das forças de trabalho.

o tempo de produção, em vista de cumprir sua parte na menor cronometragem possível⁴.

Cabia então à gerência reunir em regras e normas todo o conhecimento possuído pelos trabalhadores, e, com base nesse conhecimento, planejar detalhadamente a tarefa atribuída a cada um dentro da divisão técnica do trabalho. Isso significava impor ao operário um plano rigoroso de execução do trabalho e destituí-lo de qualquer margem para deliberação (divisão nítida entre planejamento e execução).

Este modelo foi adotado por Ford e introduzido às linhas de montagem na produção de automóveis, onde cada operário permanecia em um local determinado realizando uma tarefa específica⁵, enquanto o veículo se deslocava pelo interior da fábrica, em esteiras rolantes, buscando-se assim a eliminação do movimento desnecessário (as máquinas estabeleciam o ritmo do trabalho).

As alterações introduzidas por Taylor e Ford, representadas pelo cronômetro e pela esteira rolante, respectivamente, consistiram em revoluções de ordem administrativa e gerencial, visto que colocaram “a ciência da administração a serviço não do aumento da produção e da produtividade [...], mas sim do poder dos capitalistas” (SECCO, 1998).

O binômio taylorismo-fordista⁶ afirma-se na conjuntura do pós segunda guerra mundial, tornando-se o pilar central da economia capitalista, representando além de um novo modo de organização racional do trabalho e da produção, a concepção de um novo modo de vida, ultrapassando o âmbito fabril. Tais processos tem também como pano de fundo as mudanças no padrão de

⁴ A preocupação de Taylor não é investigar a qualidade do trabalho, mas a adaptação deste às necessidades do capital. Ou seja, para Taylor, o trabalho seria uma ferramenta a serviço do capitalismo.

⁵ O funcionário da fábrica se especializava em apenas uma etapa do processo produtivo e repetia a mesma ação durante toda a jornada de trabalho, fato que provocava um estado de alienação física e psicológica nos operários - no marxismo, alienação é um estado em que o indivíduo, se afasta da sua verdadeira natureza, visto que já não possui controle sobre sua atividade (o trabalho) e se torna um objeto, uma vítima da cobiça material da sociedade capitalista. Deste modo, aumenta-se a produtividade por meio da desqualificação, intensificação e homogeneização do trabalho.

⁶ Ford aplica os princípios tayloristas, utilizando-se de máquinas especializadas e rotinas de trabalho padronizadas. Tanto o taylorismo quanto o fordismo tinham como objetivos a ampliação da produção e dos lucros dos detentores dos meios de produção, em um menor espaço de tempo, por meio da exploração da força de trabalho operária.

acumulação capitalista, de cunho monopolista/imperialista⁷ e “a Grande Depressão”, de 1929⁸.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, muitos países na Europa encontravam-se arrasados, ao passo que, a União Soviética e os Estados Unidos emergiam como os novos eixos de decisões político-econômicas e rivalizavam-se em dois blocos antagônicos, preparando o cenário para a Guerra Fria⁹ (1945-1991).

Com as economias europeias severamente debilitadas, seria necessário muito investimento financeiro para reerguê-las. Nesse contexto, foi aprovado nos EUA, em 1948, um plano de auxílio econômico, o chamado Plano Marshall¹⁰, - em realidade, o resgate dessas economias pelos EUA representava uma estratégia que visava disseminar e proteger o capitalismo. O Plano aumentou as exportações norte-americanas para a Europa Ocidental, e dessa forma, possibilitou a recuperação econômica de grande parte dos países beneficiados e a expansão da influência política americana para a região.

Como consequência desse processo, Ford domina o mercado mundial¹¹. Nesse contexto, o taylorismo-fordista se dispersa para os demais sistemas

⁷ Política de expansão e domínio territorial, cultural ou econômico de uma nação sobre outras, ou sobre uma ou várias regiões geográficas - o movimento imperialista ocorre principalmente em direção à África, Ásia e Oceania; os monopólios investiam capital nessas novas regiões a fim de criar impérios econômicos, contando com a ajuda de seus respectivos governos (HOBBSAWM, 1988).

⁸ Segundo o autor Antonio Negri, a crise de 1929 é produto da Revolução Russa (1917) e da consolidação da classe operária como sujeito político. Por meio da Revolução Russa efetiva-se a possibilidade de organização política independente do capital, ao mesmo tempo em que se firma permanentemente a classe operária como sujeito político e concebe-se um pinto de identificação política para a classe operária internacional.

⁹ Disputa entre o capitalismo norte-americano e o socialismo soviético, onde ambos buscavam ampliar suas áreas de influência sem entrar em conflitos armados diretos.

¹⁰ O Plano Marshall, cujo nome oficial era *European Recovery Program* (Programa de Recuperação Europeia), consistia em um aprofundamento da Doutrina Truman - um complexo de práticas do governo americano, em escala mundial, à época da chamada Guerra Fria, que visava conter a expansão do comunismo junto aos chamados “elos frágeis” do sistema capitalista. Em resposta, a URSS criou seu próprio plano de reconstrução econômica, destinado aos países do Leste Europeu que estavam sob a sua influência: o Comecon (Conselho mútuo para assistência econômica) - objetivando a expansão do socialismo (ALTVATER, 1995).

¹¹ Até o final da Segunda Guerra Mundial, o processo de produção fordista difundiu-se de maneira expressiva apenas nos EUA. Na Europa conservou-se em grande parte a produção tendo como mão de obra o operário qualificado, detentor de conhecimento técnico e habilidade para realização de seu ofício no interior do processo de produção. Esse trabalhador representava à época um forte elemento na organização da luta de classes, pois preservava, em alguma proporção, o controle sobre o processo produtivo.

produtivos, como forma de organização da produção, do trabalho e do modo de vida, tendo como componentes essenciais: a linha de montagem, a produção em massa, a homogeneização dos produtos, o consumo de massa, o controle do tempo e dos movimentos do operário, a existência do trabalho parcelado, a separação entre elaboração e execução no processo produtivo e a desqualificação do trabalhador (HARVEY, 1992).

No pós Segunda Guerra Mundial, o modelo taylorista-fordista de organização do trabalho, aliado ao keynesianismo¹², é a marca do período de crescimento e expansão do pós-guerra que vai de 1945-1973, conhecido como a “Era de Ouro” do capitalismo, quando houve elevados índices de crescimento econômico em todo o mundo (HOBBSAWM, 1995).

De acordo com Gramsci (1976), a hegemonia do modelo taylorista-fordista se principia na fábrica, entretanto, as medidas executadas pela ideologia taylorista-fordista ultrapassaram os muros fabris e passaram a regular um novo modo de vida¹³.

Nos marcos desse sistema taylorista-fordista/keynesianista edificou-se o Estado Social capitalista, denominado Estado de Bem-Estar Social (em inglês *Welfare State*¹⁴), que garantiu padrões mínimos de educação, saúde, habitação,

¹² A forte intervenção estatal na economia constitui em uma tentativa de regular a relação entre Capital e Trabalho, como forma de evitar crises catastróficas, como a de 1929, tendo por base as ideias de Keynes, contrário ao Estado liberal e favorável a um Estado forte e regulador. É importante salientarmos que apesar de Keynes defender a intervenção estatal, ele não contestava o sistema capitalista. Para Toledo (2002) houve um descrédito com relação às ideias liberais, desde o final do século XIX, visto que elas não foram suficientes para responder à crise de 1929 e sustentar o crescimento econômico, provocando uma mudança de rumos em direção ao Estado keynesiano. As crises econômicas mundiais presenciadas nas primeiras décadas do século 20 (da qual a crise de 1929 é o caso mais conhecido) provaram que a economia capitalista livre de qualquer controle ou regulamentação estatal gerava profundas desigualdades sociais. Essas desigualdades provocavam tensões e conflitos, capazes de ameaçar a estabilidade do capitalismo.

¹³ Objetivava-se não apenas a submissão da força de trabalho, mas a sua adesão. Para que isso acontecesse era imperativo a participação estatal – por isso o taylorismo-fordismo se une ao Estado keynesiano.

¹⁴ A expressão *Welfare State* (influenciada pelas ideias de Keynes) foi muito utilizada em oposição às concepções liberais do século XIX. O Estado Social pós segunda guerra, sob hegemonia keynesiana- -beveridgiana, surge como um garantidor de políticas universalistas. O plano Beveridge, instituído por William Beveridge na Inglaterra em 1943 se constituiu num amplo programa unificado de seguro social que incluiu políticas amplas para além do seguro aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho regulado, cujos princípios fundamentaram as políticas sociais keynesianas, principalmente do mundo Europeu na era de ouro do capital sob a hegemonia Keynesiano-fordista. No âmbito do Estado de Bem-Estar, o conflito de classes não desapareceu, mas se institucionalizou - o Estado de Bem-Estar Social atua como provedor de

renda e seguridade social a todos cidadãos. Sua expressão verificou-se principalmente nos países norte-americanos e europeus mais industrializados (principalmente após o fim da Guerra em 1945), e em realidade, refletia uma estratégia defensiva do capitalismo orientada para a preservação de sua soberania.

Segundo O'Connor (1977), o Estado Capitalista objetiva, assim, manter seu processo contínuo de acumulação e ao mesmo tempo garantir ou criar condições de equilíbrio social, contribuindo para suas bases de legitimação. Em outras palavras, a progressão do *Welfare State* se vincularia à necessidade de compatibilização entre duas exigências contraditórias dentro do capitalismo - a classe trabalhadora e a acumulação do capital¹⁵.

O auge do Estado de Bem-Estar Social deu-se na década de 50 e configurou-se pela expansão dos gastos sociais e pela notável acumulação de capital. Mas, a partir da década de 1970, novas correntes de pensamento econômico opuseram-se aos princípios da teoria keynesiana¹⁶, e esse modelo de organização do trabalho, e as funções sociais do Estado começam a ser atacados e reestruturados.

1.2- Da crise do modelo taylorista-fordista ao modelo toyotista

No início da década de 1970 acentua-se a instabilidade no cenário econômico mundial, e insurge a crise estrutural do capital, cujas principais expressões são: choque do petróleo¹⁷, ao rompimento do sistema cambial (fixo)

políticas públicas e sociais, visando conciliar os interesses tanto do capital quanto do trabalho (BOSCHETTI, 2006).

¹⁵ Segundo Figueiredo (2003, p.164), os ganhos conquistados pela classe trabalhadora, no período da forma de Estado de Bem-Estar, decorreram das lutas travadas para melhorar suas condições de vida e somente se concretizaram porque os ganhos foram tais que possibilitaram manter a taxa de acumulação em níveis satisfatórios, ou seja, foi possível compatibilizar acumulação e níveis de igualdade. Entretanto, apesar das conquistas desse período, não rompeu-se com o horizonte capitalista, afastando-se a ideia de efetivação de um socialismo revolucionário.

¹⁶ Na década de 70, a retração dos altos índices de desenvolvimento alcançados nas duas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial pôs em risco a teoria de Keynes. Com isso, perspectivas renovadas do liberalismo ganharam destaque no pensamento econômico capitalista.

¹⁷ Ocorrido após a Segunda Guerra Mundial, como consequência de um embargo promovido pelos países membros da OPEP (Organização dos Países Exportadores de Petróleo) e Golfo Pérsico de distribuição de petróleo aos Estados Unidos e alguns países europeus. A crise do petróleo foi iniciada num contexto de insuficiência de oferta, com o início do processo de

de Bretton Woods¹⁸ (ambos em 1973) e marcado pela presença simultânea da inflação e do desemprego. Processos que desafiaram a hegemonia do modelo taylorista/fordista de base Keynesiana.

Muitos economistas, chamados neoclássicos, neoliberais ou simplesmente liberais, apontaram o Estado de Bem-Estar como um dos principais responsáveis pela situação crítica da economia mundial, sob o pressuposto de que

[...] que o excessivo gasto governamental com políticas sociais públicas é nefasto para a economia, porque gera déficit orçamentário que, por sua vez, consome a poupança interna, aumenta as taxas de juros e diminui a taxa de inversão produtiva; [...] que a regulação do mercado pelo Estado é negativa porque, ao cercear o livre jogo mercantil, tal regulação desestimula o capitalista de investir; [...] que a proteção social pública garantida, sob a forma de política redistributiva, é perniciosa para o desenvolvimento econômico porque onera as classes possuidoras, além de aumentar o consumo das classes populares em detrimento da poupança interna (PEREIRA, 2002, p.36).

Os neoliberalistas passam a defender o desmonte¹⁹ do Estado, especialmente do setor social, sob o argumento de que os gastos governamentais com as políticas sociais são os causadores do déficit orçamentário (SOARES, 2002). Para os ideólogos do neoliberalismo, a solução para a crise consistia em restaurar o liberalismo econômico, sendo que a intervenção estatal ocorreria apenas para amenizar a pobreza e compensar as

nacionalizações e de uma série de conflitos envolvendo os produtores árabes da OPEP, além de uma excessiva especulação financeira. Os preços do barril de petróleo atingiram valores altíssimos, o que provocou uma longa recessão nos Estados Unidos e na Europa e desestabilizou a economia mundial.

¹⁸ A Conferência de Bretton Woods ocorreu em 1944, com o objetivo de construir um novo padrão financeiro internacional capaz de alavancar a estabilidade econômica no pós-guerra. Na Conferência, o governo norte americano objetivava reaver uma nova ordem econômica e financeira, ou seja, uma ordem baseada no livre comércio e na plena liberdade de movimentação de capitais. A gestão econômica internacional desse período garantiu o crescimento e um alto nível de emprego, ficando conhecido como a “idade de ouro” do capitalismo.

¹⁹ Após a eleição de Margareth Thatcher no Reino Unido e Ronald Reagan nos Estados Unidos, os mercados financeiros foram liberalizados, os controles de capitais foram abolidos e os impostos foram reduzidos, principalmente sobre os mais ricos. Os sindicatos de trabalhadores foram deliberadamente enfraquecidos pelas políticas adotadas por Reagan e Thatcher, registrando-se uma forte redução da filiação sindical da força de trabalho - a ofensiva neoliberal preceituava a redução do Estado nos setores sociais para focar no apoio ao capital.

lacunas dos serviços privados - nesse sentido, foram propostas políticas de caráter assistencialista²⁰ (LAURELL, 2002).

O resultado desse novo “padrão de capitalismo” consistiu em uma crescente desigualdade na distribuição de renda, à medida que os salários passaram a crescer em um ritmo bem inferior ao da produtividade do trabalho. O aumento da centralização de renda e o fraco crescimento dos salários reais foram os responsáveis pela perda do dinamismo do consumo, notadamente nos Estados Unidos, os quais passaram a depender cada vez mais do aumento do endividamento das famílias para a sua sustentação a médio e longo prazo,

De modo mais geral, o período de 1965 a 1973 tornou cada vez mais evidente a incapacidade do Fordismo e do Keynesianismo de conter as contradições inerentes ao capitalismo. Na superfície, essas dificuldades podem ser melhor apreendidas por uma palavra: rigidez. Havia problemas com a rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho (especialmente no chamado setor “monopolista”) (HARVEY, 1992, p. 135).

A recessão econômica deste período (final da década de 70) impulsionou a criação de novos métodos de produção e de gestão da força de trabalho, fazendo surgir o toyotismo²¹, que configurou-se como um regime de acumulação flexível que constituiu um novo complexo de reestruturação produtiva. Instaurou-se dessa forma uma transição para um novo padrão de crescimento e, sobretudo para uma nova trajetória tecnológica, cujo objetivo principal era a recuperação da competitividade a nível internacional.

²⁰ O assistencialismo é uma ação definida pela ajuda momentânea, filantrópica e pontual, realizada junto às camadas menos favorecidas. Não possui um caráter transformador da realidade social pois atende apenas às necessidades individuais, sem ter a perspectiva de direito.

²¹ O toyotismo irrompeu na empresa automobilística japonesa *Toyota Motor Company*, projetada pelo engenheiro Taiichi Ohno. Esse método de organização da produção e do trabalho tinha como objetivo combater os problemas econômicos que o Japão enfrentava no pós-guerra.

A acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimentos de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1992, p.140).

O aparato produtivo flexível e sua adaptação às flutuações de mercado (*just-in-time*²²) permitiu ao toyotismo atender sua produção e demanda de bens e serviços. Com isso os operários têm que se adaptar à produção. Surge então o “trabalhador polivalente²³”, que rompe de vez com o trabalhador ultra especializado do sistema fordista. E assim, o toyotismo pode ser considerado “um sistema de organização da produção baseado em uma resposta imediata às variações da demanda e que exige, portanto, uma organização flexível do trabalho (inclusive dos trabalhadores) e integrada” (GOUNET, 1999, p. 29).

Com a expansão capitalista, por meio do sistema de produção toyotista, a busca constante por mais produtividade e mais lucratividade se intensificou, contribuindo, dessa forma, para o avanço tecnológico e a concentração de capital, redefinindo “os parâmetros produtivos, tecnológicos, de concentração de capitais, de globalização e instabilidade financeira” (MATTOSO, 1995, p. 142).

Segundo Antunes (1997), o toyotismo vem trazendo maior impacto não só pela revolução tecnológica que operou na indústria japonesa, mas também pela sua potencialidade de propagação, que hoje atinge uma escala mundial, demonstrando assim possuir traços universais da economia capitalista.

O paradigma de flexibilização do trabalho alcançou todos os países capitalistas a partir da década de 80 - momento predominante do complexo de reestruturação produtiva²⁴ -, como resposta ao esgotamento do padrão de

²² Produzir no menor tempo possível.

²³ O toyotismo possui como um de seus elementos essenciais a realização de uma nova captura da subjetividade operária pela lógica do capital. Com o toyotismo, instituiu-se um maior controle entre trabalhadores e um maior envolvimento do trabalhador no seu ofício.

²⁴ Reestruturação produtiva está relacionada aos contínuos processos de transformação nas empresas e indústrias, evidenciados pela desregulamentação e flexibilização do trabalho, resultado da acumulação flexível e das novas tecnologias da Terceira Revolução Industrial. A reestruturação produtiva surgiu a partir da década de 1970, atribuída à grande crise do

crescimento, enquadrando-se como o modelo mais apropriado àquela etapa de crise estrutural do capital. O toyotismo instaura “uma nova hegemonia do capital, no plano da produção de mercadorias, articulando [...] coerção capitalista e consentimento operário” (ALVES, 2000, p. 39).

A reestruturação produtiva é o processo de consolidação do modelo flexível do trabalho industrial²⁵. Entretanto é importante salientar que a reestruturação produtiva apenas se concretizou em virtude dos avanços proporcionados pelas inovações tecnológicas, que possibilitaram um aumento na eficiência no processo produtivo, minimizando erros e acelerando a produção.

Como resultado da reestruturação produtiva, no aspecto do trabalho observou-se o aumento do chamado emprego temporário, quando as indústrias contratam funcionários apenas em épocas de grande demanda na produção, demitindo-os quando não houver mais necessidade de se produzir mercadorias em grandes quantidades.

Também devemos assinalar o processo de desregulamentação do trabalho, instrumentalizado pela total desarticulação do sistema produtivo, ocasionando a multiplicação de contratos precários de trabalho e a diminuição média dos salários, gerada pela elevação dos índices de desemprego.

Há também uma presença maior da terceirização da economia, o que concorreu para a redução dos ganhos financeiros dos trabalhadores - isso se deu devido aos baixos índices de geração de empregos no campo e nas indústrias, resultando no direcionamento da maior parte de trabalhadores para a área comercial e de serviços.

Como expressão da crise estrutural do capital em 2008 uma nova grande crise econômica²⁶ abala a economia capitalista. Considerada a mais séria desde a Grande Depressão de 1929, tal crise financeira apresentou efeitos destrutivos

capitalismo e ao declínio do paradigma fordismo/taylorismo em meio ao processo de produção e acumulação industrial.

²⁵ A crise do capital na década de 1970 confirmou a precarização do trabalho.

²⁶ Começou nos Estados Unidos após o colapso da bolha especulativa no mercado imobiliário, reforçada pela enorme expansão de crédito bancário e potencializada pelo uso de novos instrumentos financeiros, a crise financeira se espalhou pelo mundo todo em poucos meses.

sobre o nível de produção e de emprego²⁷, inicialmente nos países desenvolvidos e posteriormente se alastrou para outras economias.

Nas últimas décadas aumentou nos países desenvolvidos a precariedade do trabalho, a contenção dos gastos públicos, o corte de direitos sociais e a corrosão do Estado Social capitalista, isso porque os governos dos países desenvolvidos responderam à crise por meio do uso de políticas fiscal e monetária expansionistas. A tendência a poupar o setor privado combinada com a redução dos investimentos do setor público teve como resultado uma pequena recuperação do nível de atividade econômica e uma “socialização” de uma parcela considerável da dívida privada, transferida agora para o setor público. Essa “socialização das dívidas privadas” é uma das causas da crise fiscal da zona do Euro²⁸.

Na Europa o crescimento de ocupações de menor qualidade e com contratos temporários tem se tornando comum. A política de austeridade, imposta pelos organismos internacionais aos países endividados da zona do euro adequa-se à flexibilização da força de trabalho, gerando uma massa de trabalhadores inseridos em relações precárias, contratados a curto prazo, sujeitos à alta rotatividade e que laboram sem garantias trabalhistas.

1.3– A conjuntura brasileira

Para que possamos analisar a realidade hoje existente no Brasil, com relação à precarização das profissões ligadas à saúde, é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo. Como já exposto nesse trabalho, os fenômenos do taylorismo, fordismo e toyotismo contribuíram para o cenário de precarização das relações de trabalho no mundo, e no Brasil não foi diferente. Entretanto, devido às nossas particularidades histórico-sociais, tais

²⁷ A crise de 2008 acarretou desemprego, perdas salariais, precarização do trabalho, degradação e pobreza, além de outros males que a fase neoliberal reservou para os trabalhadores.

²⁸ Na atualidade, o capitalismo atravessa uma crise que se expressa, no que tange ao trabalho, na forma de desemprego; na reestruturação do trabalho - ampliando-se a exploração do trabalhador; na regressão dos direitos trabalhistas e também sociais - que implicam também na maior exploração do trabalho; na acumulação do capital; e no enfraquecimento da organização dos trabalhadores - os países Portugal, Irlanda, Itália, Grécia e Espanha representam a expressão mais dura da crise.

modelos assumiram aqui expressões distintas daquelas ocorridas nos países capitalistas centrais.

A industrialização brasileira, de caráter tardio e restringido, começa a ser erigida na transição do século XIX ao século XX, e desenvolveu-se a partir da decadência da lavoura cafeeira, e o do redirecionamento dos investimentos agrícolas ao setor industrial, acarretando no estabelecimento de indústrias²⁹, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Com o advento da industrialização no Brasil, emergiram os trabalhadores assalariados, que juntamente com os trabalhadores recém-libertos do regime escravista formavam o mercado de trabalho brasileiro, caracterizado pelo assalariamento formal e informal, respectivamente.

Na primeira década do século XX, o Brasil já possuía uma grande quantidade de operários, mas também um enorme percentual de trabalhadores à margem do sistema produtivo, refletindo em uma sociedade de modelo salarial incompleto.

Cabe ressaltar que o processo de industrialização desencadeou processos migratórios campo-cidade, intensificando a urbanização nacional, de cunho desorganizado e deletério, onde os operários em busca de estar mais próximos às indústrias, viviam em cortiços e bairros operários em condições insalubres, precárias, desumanas e marginalizados socialmente.

As péssimas condições de moradia atrelavam-se às péssimas condições de trabalho: com salários baixos, cumprindo extensas jornadas (variando entre 12 e 15 horas por dia), sem contrato de trabalho, sem direitos trabalhistas, desenvolvendo suas atividades em fábricas sem as mínimas condições de higiene e segurança, caracterizando um período de crescente miséria,

²⁹ Eram fábricas de tecidos, calçados, alimentos e outros produtos que não demandavam muita tecnologia e a mão de obra usada era, em sua maioria, formada por imigrantes estrangeiros, principalmente italianos e portugueses. Foi na década de 1930 que o capitalismo no Brasil integra o que Giovanni Alves acentua como “industrialização restringida”, razão pela qual alguns autores o consideram um capitalismo hiper-tardio, pois segue uma trajetória distinta dos países da Europa Ocidental e dos Estados Unidos, de caráter clássico, ou da Alemanha e do Japão, de caráter tardio (ALVES, 2000). O autor acentua que o processo de industrialização brasileira desenvolveu-se sob a determinação estrutural do capitalismo mundial, sem nunca ter conseguido romper sua condição de país subordinado aos polos do capitalismo desenvolvido.

exploração e insatisfação - a mão de obra utilizada nas fábricas era composta por homens, mulheres e crianças, sendo estas duas últimas categorias tratadas de forma inferior em relação ao trabalho masculino (frente às péssimas condições de existência e de trabalho, a classe operária se organiza para se defender³⁰).

Processos que somados a questão racial no Brasil estruturaram um padrão salarial de caráter, flexível e com excedente de mão-de-obra, como uma das grandes marcas do trabalho no Brasil.

A legislação trabalhista somente foi implantada no Brasil no ano de 1943, sob o governo de Getúlio Vargas³¹. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)³² unificou toda a legislação trabalhista então existente no Brasil e representou um marco por inserir, de forma definitiva, os direitos trabalhistas na legislação brasileira - seu objetivo principal era regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas.

No contexto dos anos 1940-50 destaca-se a velocidade dos processos de industrialização e urbanização³³ - a partir desse período, o setor industrial,

³⁰ A articulação política do operariado brasileiro tem início com as teorias sociais vinda da Europa (por meio dos imigrantes europeus na transição do século XIX para o século XX). Paralelamente os primeiros sindicatos foram formados e os trabalhadores foram desenvolvendo uma conscientização política e de classe, organizando greves e manifestações de caráter particularmente reivindicatório - as principais reivindicações estavam relacionadas à melhoria das condições de trabalho (menor jornada de trabalho, assistência ao trabalhador doente e acidentado) e pela melhoria das condições de vida (moradia, educação, alimentação e saúde).

³¹ Tomado por uma orientação populista, o governo preocupava-se em obter o apoio dos trabalhadores por meio de concessões e leis de amparo ao trabalhador - tais medidas viriam a desmobilizar os movimentos sindicais da época. Dessa forma o governo objetivava uma conciliação das relações entre os capitalistas e os trabalhadores.

³² A CLT foi um conjunto de regras criadas para proteger o trabalhador - entre os direitos garantidos, estavam o salário mínimo, a carteira de trabalho, a jornada de oito horas, as férias remuneradas, a previdência social e o descanso semanal; a CLT regulamentou ainda o trabalho da mulher e do menor de idade e estabeleceu a obrigatoriedade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Embora, importantíssima para os trabalhadores brasileiros, a legislação trabalhista veio atrelada a uma ideologia de dismantling da organização sindical e das lutas da classe trabalhadora, que impactou negativamente na organização dessa classe.

³³ Após a Segunda Guerra Mundial, a Europa não tinha condições de exportar produtos industrializados, pois todo o continente se encontrava totalmente devastado pelo confronto armado, então o Brasil teve que incrementar o seu parque industrial, ingressando efetivamente no processo de industrialização - dessa forma o governo conciliava os interesses da classe trabalhadora e da burguesia industrial. O governo agia diretamente na economia realizando uma política de industrialização por 'substituição de importações' - nessa política o Estado seria responsável por apoiar o crescimento da indústria.

sobretudo o ramo de automóveis, cresce no Brasil; concomitantemente a classe operária também se desenvolve.

É a partir daí (de JK) que se constitui um novo tipo de objetivação do capitalismo industrial no Brasil, uma nova base material de acumulação do capital, adequada à lógica do capitalismo mundial do pós Segunda Guerra Mundial, que tende a restabelecer, num novo patamar histórico, a relação centro-periferia (ALVES, 2000, p. 105).

No governo JK (1956-1961), se dá a abertura ao capital internacional, representado pelas empresas multinacionais (as empresas de capitais estrangeiros aplicavam o modelo taylorista-fordista de produção) - à medida que o capitalismo industrial se desenvolveu no Brasil, expandiu-se a base de exploração na indústria e nos serviços; nesse sentido intensifica-se a intervenção estatal que passa a regular as relações econômicas internas e externas ao implementar diretrizes de política econômica que favoreciam explicitamente a expansão de empresas privadas³⁴. Assim objetivou-se promover uma intervenção estatal dirigida à expansão da acumulação do capital industrial.

A partir do governo JK, observa-se, portanto, um surto de reestruturação produtiva, com predominância do padrão taylorista-fordista; dessa forma, alterou-se o paradigma de acumulação da economia brasileira. Entretanto a aplicação do modelo taylorista-fordista aqui difere do modelo aplicado nos países centrais e assume um conteúdo diferente³⁵.

Em 1964 a ditadura militar, na conjuntura internacional da Guerra Fria e do anticomunismo, se instala no Brasil a ditadura militar, que sob a defesa de forças conservadoras³⁶, acentuaram a internacionalização da economia e a reconcentração de renda, acentuar o poder e propriedade no controle de corporações transnacionais, dos monopólios estatais e privados e grandes latifundiários, ampliando sua integração com o mercado global e suas ligações

³⁴ Os países do capitalismo central começavam a deslocar suas indústrias para a periferia do sistema capitalista mundial.

³⁵ A expressão latino-americana do fordismo assumiu, pelas suas peculiaridades, formas substitutivas de importações – no caso do Brasil isso representava a continuidade da política de industrialização adotada pelo governo Vargas.

³⁶ Militares pactuados com empresários.

com o capital financeiro e industrial internacional. Consubstanciando-se como uma forma de resistência capitalista às possibilidades de reformas e avanços sociais.

No âmbito da ditadura militar desenvolveu-se a segunda fase da industrialização pesada, expressa no fenômeno do “milagre econômico”, que permitiu um crescimento e da produção industrial, cujos ganhos concentraram-se na região sudeste aprofundamento a desigualdade regional, situados em uma conjuntura antidemocrática, ausente de ganhos relacionados aos direitos sociais, não sendo capaz de romper com o baixo assalariamento e com o regime de trabalho informal, e a consequente precarização e flexibilização das relações e processos de trabalho.

Nesse contexto vivenciou-se uma espécie de fordismo, que, embora associado ao processo de industrialização, caracterizou-se como um modelo excludente e concentrador de renda, com ausência de políticas estatais que propiciassem o bem-estar social, ou seja, a direção dada à política econômica no Brasil impediu que parte expressiva dos grandes excedentes gerados fosse destinada para os trabalhadores, acentuando-se a convergência da renda e da riqueza, de modo que os ganhos de produtividade não se deslocaram de forma significativa para salários e preços.

No Brasil, dadas as características de um desenvolvimento tardio e apenas esporadicamente democrático, o fordismo não foi acompanhado das garantias sociais que, nos países desenvolvidos, permitiram a irradiação dos ganhos de produtividade ao conjunto da população (MANZANO apud SANTOS, 2008).

Com a implantação da ditadura militar no Brasil, os direitos trabalhistas e sociais sofreram retrocessos: por exemplo, no campo trabalhista ocorreu o fim da lei que garantia estabilidade aos trabalhadores após dez anos de trabalho na mesma empresa, sendo substituída pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), criado pela Lei n. 5.107, de 1966, que estimulava a rotatividade da força de trabalho - o FGTS foi uma das primeiras flexibilizações do direito do trabalho brasileiro que vinha se ampliando desde a década de 1940 com a

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); a lei de greve de 1º de julho de 1964 (Lei n. 4.330) também representou uma inflexão para o trabalhador ao proibir a greve no serviço público, nas empresas estatais e nos serviços essenciais sendo que só seria considerada legal quando os empregadores atrasassem o pagamento ou quando não pagassem salários conforme as decisões judiciais; com relação ao salário mínimo, durante a ditadura militar foi efetivada a política do arrocho salarial³⁷, ou seja, quando os reajustes não acompanham a inflação - geralmente os governos adotam o arrocho salarial para poder atrair empresas, devido ao barateamento da mão de obra³⁸ - a fixação dos reajustes foi utilizada como instrumento de maximização da exploração da força de trabalho³⁹.

Tratou-se de uma política salarial dirigida abertamente contra a massa da classe trabalhadora, em especial a classe operária, sobre a qual se descarregou o custo decisivo da 'estabilização econômica': com o arrocho, garantiu a superexploração dos trabalhadores para a multiplicação dos lucros capitalistas (NETTO, 2014, p. 92).

Foi durante a ditadura militar que verificou-se no Brasil o auge da aplicação do modelo taylorista-fordista e a ampliação da flexibilização e precarização das relações de trabalho⁴⁰.

No período da ditadura militar, a superexploração do trabalho no Brasil iria assumir a sua maior perversidade histórica articulando uma jornada prolongada de trabalho com uma intensidade extenuante do processo produtivo, e uma tendência persistente à depreciação salarial, à constante subtração do *quantum* referente à remuneração do trabalho, em benefício do mais-valor apropriado pelo capital monopólico (ALVES apud ANTUNES, 1999).

³⁷ Desde o início da ditadura até o seu fim, a tendência foi de perda do poder de compra do salário.

³⁸ O baixo custo da força de trabalho era garantido justamente com a violenta repressão a qualquer reivindicação por melhorias salariais.

³⁹ Tais transformações caracterizam o que se conhece por "modernização conservadora".

⁴⁰ É importante sinalizar que o fenômeno da precarização e da flexibilização não serão inovações da década de 90, mas processos que se intensificam com a introdução das mudanças da gestão do trabalho introduzidas na década de 90.

Assim, é importante destacar que o regime e mercado de trabalho no Brasil **sempre** foram acompanhados da precarização e flexibilização, não estando condicionados a presença do modelo toyotista (tal qual nos países centrais do capitalismo vivenciaram a partir de 1970 e que se firma no Brasil na década de 1970).

No tocante à implementação das inovações organizacionais da “acumulação flexível”, esta deve constituir-se em objeto de cuidadosas observações no sentido de captar a diferencialidade do contexto brasileiro, onde a utilização da mão-de-obra se caracterizou historicamente como predatória e, nesse sentido, assentada sob a instabilidade e alta rotatividade no emprego. Nada mais distante do padrão japonês, de onde provém a maior parte dos métodos e técnicas que estão na base das referidas inovações, considerando-se que, no caso brasileiro, a flexibilidade estrutural do regime de trabalho tem uma existência que remete ao padrão histórico de exploração do trabalho pelo capital e foi acentuada no período após 1964. Ou seja, as inovações nos métodos de gestão da força de trabalho não substituem ou alteram essas características: somam-se a elas, resultando na maior parte dos casos, num reforço a esta tendência a partir da flexibilização de aspectos das relações de trabalho que antes não estavam subsumidos a esta diretriz. Isso constitui o que estou chamando aqui de aprofundamento e expansão da flexibilidade estrutural do regime de trabalho no Brasil (SANTOS, 2008, p. 157).

Entre os anos de 1969 e 1973⁴¹ a economia brasileira viveu uma fase de rápido crescimento conhecida como “milagre econômico” – possibilitado por meio do patrocínio de empresas multinacionais⁴² e também através do acesso às linhas de crédito disponibilizadas por instituições financeiras estrangeiras (o que ocasionou o aumento da dívida externa brasileira). Nesse período do desenvolvimento brasileiro, a taxa de crescimento do PIB saltou de 9,8% ao ano em 1968 para 14% ao ano em 1973, entretanto, paradoxalmente, houve aumento da concentração de renda e da desigualdade social, elevando a incidência de pobreza⁴³.

⁴¹ A prescrição keynesiana de política econômica foi amplamente executada, no período que abrange o final dos anos 60 e início dos anos 70, dentre outros países, no Brasil. Apenas a partir da década de 1970, novas correntes de pensamento econômico passam a contestar os princípios do pensamento keynesiano com base em sua incapacidade de responder à crise do capitalismo na época.

⁴² O governo concedeu uma vasta gama de privilégios às multinacionais, que passaram a investir em peso no Brasil.

⁴³ A partir da ditadura militar, em 1964, temos um ponto de inflexão no conjunto das políticas sociais, que são ampliadas a uma parcela da população que se mantinha à margem das ações do setor público, de modo a legitimar a posição de repressão política adotada. Mas apesar do

A partir de 1974, devido à instabilidade da economia mundial⁴⁴, o período de prosperidade brasileira decorrente do “milagre econômico” começou a se esgotar⁴⁵. A crise e a retração do mercado interno somadas às necessidades de incremento de superávit da balança comercial para o pagamento da dívida externa implicaram em pressão por exportações “forçando” as empresas a buscar novos padrões de qualidade, inovações tecnológicas e nova gestão da mão-de-obra, ou seja,

[...] novos requerimentos de qualificação para os trabalhadores, novas técnicas organizacionais, associados a uma estratégia de maior integração entre concepção e execução da produção e, ainda, estimulada por estratégias que permitam maior envolvimento dos trabalhadores e compromisso com os interesses [...] da empresa (CARLEIAL, 1997, p. 297).

1.4 – O processo de reestruturação produtiva brasileiro e os impactos no mundo do trabalho: flexibilização das relações de trabalho e a precarização do trabalho

Instaura-se no Brasil o processo de reestruturação produtiva⁴⁶, o qual possuía uma dimensão política, social e cultural. A reestruturação produtiva assinala o desenvolvimento de um novo padrão de acumulação cuja característica principal é a acentuação da flexibilização⁴⁷. Dessa forma há uma tendência generalizada de flexibilizar os contratos e o mercado de trabalho, o processo produtivo e o regime de acumulação. Esse novo padrão de acumulação

aumento na cobertura das políticas, o que verificamos foi um crescimento nas desigualdades sociais, com uma intensa precarização dos serviços prestados e manutenção da pobreza. Ou seja, a ampliação da provisão de serviços sociais assentou-se em níveis muito baixos de segurança social, o que levou a expulsão uma parcela da população do acesso aos serviços públicos.

⁴⁴ Provocada pelo “choque do petróleo”, pelo rompimento do sistema cambial (fixo) de Bretton Woods e pela presença generalizada da inflação e do desemprego.

⁴⁵ Concomitantemente a Ditadura Militar já apresentava sinais de desgaste: os índices de inflação estavam muito altos, havia inúmeras denúncias de corrupção no meio político, os setores de saúde e educação enfrentavam déficits e a sociedade pressionava pela saída dos militares do poder.

⁴⁶ Cabe ressaltar que, a implementação de métodos, técnicas organizacionais e novas formas de gestão do trabalho resultante da reestruturação produtiva, inicialmente tiveram muita resistência tanto do empresariado quanto dos trabalhadores.

⁴⁷ Historicamente a flexibilização está ligada à precarização, ou seja, à redução da segurança do trabalhador no emprego.

combina altos índices de desemprego estrutural, ampliação da exploração do trabalhador, ganhos reduzidos de salários e a desconstrução do poder sindical (ANTUNES, 1999).

Segundo esse novo modelo deve-se produzir o máximo utilizando-se o mínimo de trabalhadores, o que seria possível apenas por meio da intensificação da exploração da força de trabalho aliada às novas tecnologias e técnicas gerenciais⁴⁸. Diante disso, as consequências para a classe trabalhadora são alarmantes: elevados índices de desemprego (aumentando-se o exército industrial de reserva); precarização das condições de trabalho; rompimento com a política sindical; flexibilização dos vínculos de trabalho através da terceirização dos serviços e dos contratos temporários (ANTUNES, 1999).

No Brasil, o processo de reestruturação produtiva vislumbra no final dos anos 1970, com a crise do modelo de desenvolvimento baseado na “substituição das importações” e se intensifica nos anos 1990, com a política neoliberal e a abertura econômica, acarretando transformações no processo produtivo, na gestão e organização do trabalho, bem como no espaço, produzindo “novos espaços industriais” (GOMES, 2011).

Essas transformações ocorreram posteriormente no Brasil em relação aos países capitalistas centrais, tornando-se mais expressivas a partir da década de 90 – isso pode ser explicado por dois motivos: pela crise econômica no mercado interno (herdada do período ditatorial) e pela política de abertura⁴⁹ assumida pelo governo Collor. Isso fez com que as empresas buscassem inovações, de modo a possibilitar sua inserção na concorrência internacional.

⁴⁸ A empresa enxuta torna-se um modelo a se seguir.

⁴⁹ O modo de desenvolvimento do Brasil passou, neste momento, de uma forma de industrialização segura, fechada, para o de uma economia aberta e competitiva. Como efeito dessa modernização e procura por mais produtividade ao menor custo, as empresas passaram a buscar, ao mesmo tempo, cortes de pessoal e aumento da jornada de trabalho, dificultando assim as condições do mercado de trabalho no Brasil.

Com respaldo na ideologia neoliberal⁵⁰, Collor⁵¹ adota medidas econômicas que objetivavam transformar o cenário inflacionário do Brasil - para tanto, propõe uma reforma econômica em que, “para derrubar a inflação, tudo seria admissível, até mesmo a ignorância das leis do país e o abuso na utilização das constitucionais medidas provisórias” (NOGUEIRA, 1998, p. 131).

O neoliberalismo se estabiliza no Brasil sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Seu governo “priorizou o controle da inflação e a manutenção da estabilidade da moeda e encaminhou, como plataforma política, a necessidade de reformar o Estado, prioridades vinculadas ao paradigma teórico neoliberal” (COUTO, 2004, p. 148). O governo FHC seguia o projeto-político comandado pelo grande capital financeiro internacional e adotava o neoliberalismo – ideologia que busca sobrepor o mercado ao Estado, assim como o privado em relação ao público.

Behring (2003) argumenta que essas reformas neoliberais na verdade podem ser denominadas “contrarreformas”, pois marcam a “desestruturação do Estado e perda de direitos” decorrentes do projeto neoliberal, assinalando um caráter regressista do ponto de vista da classe trabalhadora. Essas contrarreformas do Estado refletem as exigências dos “programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais⁵²”. Configura-se o

Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital – através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infraestrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente -, e mínimo para o trabalho através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo político, entre outras medidas (SADER, 1999, p. 126 apud CORREIA, 2007, p. 16-17).

⁵⁰ Sader e Gentili (1995) caracterizam o neoliberalismo como um artifício de dominação da classe burguesa, possuindo dimensões econômicas, sociais e ideológicas. Não sugere a extinção do Estado, mas sim um novo Estado, que garanta as liberdades do mercado e seja reduzido quanto a proteção do trabalho.

⁵¹ Após denúncias de corrupção, Collor é submetido ao processo de *impeachment* e quem assume a presidência é seu vice, Itamar Franco.

⁵² Verifica-se que Collor direciona a economia de forma a obedecer às principais demandas internacionais. Dessa forma, os grandes grupos do capital passam a impor sua hegemonia e padrões de ação aos países periféricos, ditando as regras do comércio e das finanças internacionais, por meio de instituições como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial.

Nesse contexto, o Estado se submete aos interesses do capital, atendendo às exigências do modelo de acumulação capitalista financeirizado, baseado na internacionalização e na globalização econômica, delegando para a sociedade civil a responsabilidade de oferecer respostas as expressões da questão social.

O projeto “reformista” do governo de FHC lança o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) em 1995. Esse plano consistiu em um conjunto de esforços constitucionais para a reforma estatal tendo como uma de suas principais características a transferência de setores não exclusivos do Estado – educação, saúde⁵³, cultura, ciência e tecnologia – para o setor privado, principalmente para as organizações sociais⁵⁴ (OSs).

Caberia ao Estado apenas a fiscalização e a regulação – sob a justificativa de dar maior segurança aos investimentos estrangeiros por meio das privatizações, com o objetivo de garantir a concorrência entre as empresas privadas. Assim surge o denominado Estado Regulador brasileiro.

O PDRAE corroborou para a desvalorização do setor público e para o favorecimento do mercado financeiro. Esse plano consistia em um esforço da elite dos países centrais do capitalismo, com o objetivo de aumentar sua participação no mercado mundial, desregulamentando a legislação trabalhista, arruinando a estrutura sindical e forçando os países periféricos a abrirem suas economias - no que tange à esfera trabalhista, o texto do PDRAE traz medidas de flexibilização das relações de trabalho no setor público⁵⁵.

⁵³ A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das propostas de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais (OSs).

⁵⁴ OSs estão isentas do respeito à tabela salarial do funcionalismo e ao RJU, podendo realizar a contratação de sua força de trabalho sem concurso e longe dos padrões praticados no serviço público. A redução do Estado se dava por meio das privatizações, terceirizações e parcerias público-privadas.

⁵⁵ Principalmente no que diz respeito à criação de mecanismos de demissão e contratação de funcionários públicos.

Outro ponto que merece destaque dentro do governo FHC é a LC 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabelece padrões para a gestão de recursos e limites aos gastos públicos, em todas as esferas de governo e foi elaborada tendo em vista o equilíbrio das contas públicas⁵⁶.

É preciso ressaltar que, com relação à esfera trabalhista, no texto da LRF fixou-se limites para os gastos com pessoal - na esfera federal, o limite máximo para gastos com pessoal é de 50% da receita corrente líquida (RCL)⁵⁷; para estados e municípios, o limite é de 60% da RCL. Se a despesa total com pessoal ultrapassar 95% desse limite, a LRF proíbe qualquer movimentação de pessoal que implique aumento de despesa - esse teto pode impedir ou dificultar a expansão da força de trabalho no setor público brasileiro.

De acordo com o art. 22 da LRF, se a despesa com pessoal em relação à RCL ultrapassar 95% de cada um desses limites, ao respectivo poder ou órgão é vetado:

- I - Concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;
- II - Criação de cargo, emprego ou função;
- III - Alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;
- IV - Provisão de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;
- V - Contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias (BRASIL, 2000).

⁵⁶ É um dos receituários do FMI.

⁵⁷ Receita corrente líquida (RCL) é a soma de todas as receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, transferências e outras receitas, exceto a contribuição dos servidores para o sistema de previdência e assistência social deles e as receitas provenientes da compensação financeira entre diferentes sistemas de previdência.

No Brasil, os governos neoliberais instituíram o capitalismo selvagem, que operou e opera sem contrapesos, sem garantia de direitos, destruindo as formas de regulação estatal, lançando a massa dos trabalhadores no desamparo da ausência de carteira de trabalho e de normas de regulação das relações trabalhistas.

Na conjuntura dos governos petistas, a vigência do neoliberalismo permaneceu, mas com base na associação das principais medidas macroeconômicas com medidas no campo do desenvolvimento social, inscritas no debate do neodesenvolvimentismo, mesclando políticas econômicas com políticas sociais, que garantiram ganhos às classes subalternas, mas que não romperam com as históricas raízes da desigualdade social.

Ainda no cenário brasileiro torna-se necessário abordar o golpe⁵⁸ de Estado jurídico-parlamentar de 2016, ocorrido no contexto da crise do capitalismo global, resultado das contradições acumuladas no desenvolvimento do modo de produção e reprodução capitalista sob a égide do neoliberalismo. O golpe de 2016 surge para “justificar” severos ajustes, cortes nos recursos públicos, privatizações, arrocho salarial, além de entrar de novo no circuito de endividamento externo.

Dentro do bojo desse golpe podemos citar a proposta de reforma da previdência apresentada pelo governo Temer, a qual reflete o autoritarismo do mercado financeiro. O Brasil hoje lida com uma reforma da previdência cujo teor inviabiliza uma aposentadoria digna por meio dos fundos públicos, forçando os cidadãos e cidadãs para os fundos privados de aposentadoria complementar.

A previdência social no Brasil⁵⁹ começa a se esvaír pela ação destruidora do regime golpista à serviço do imperialismo que, tal como fez na Grécia, Portugal e tantos outros países, ataca a população trabalhadora, ao retirar direitos por meio de “reformas”. Os recursos subtraídos dos trabalhadores terão como destino os cofres dos banqueiros e outros especuladores. Portanto, a

⁵⁸ Referente ao ato de impeachment que retirou a ex presidenta Dilma Rousseff da presidência para ascensão de seu vice, Temer, ilegalmente eleito e apoiado pelas forças oligárquicas que disputam o projeto político do país.

⁵⁹ Entre outros ataques aos direitos dos trabalhadores, há ainda a possibilidade de mudança nas regras da aposentadoria dos trabalhadores rurais.

reforma tem como objetivo aumentar os lucros de banqueiros, empresas de previdência privada, beneficiados diretamente pela reforma da previdência.

Em março de 2017, o presidente Michel Temer sancionou a lei 4330, que trata da reforma trabalhista⁶⁰ (também reflexo do golpe de 2016) que visa reestruturar alguns dos artigos da CLT, com tendência a colocar o trabalhador em uma condição subalterna, ampliando a degradação das condições de trabalho e a redução de gastos com direitos sociais, às custas do aumento da exploração e da deterioração do trabalho assalariado, constituindo uma das maiores ameaças ao trabalhador no Brasil atual.

Entre outros pontos, essa lei autoriza a terceirização ampla e irrestrita ao mesmo tempo em que reduz direitos dos trabalhadores e a capacidade de reação. A 4.330 legaliza diversas práticas de precarização das condições de trabalho e de flexibilização de formas de contratação, estabelecendo a submissão real e formal dos trabalhadores às práticas de redução do custo do trabalho empreendidas pelo capital. Nesse sentido, o Brasil se integra ao movimento global de desregulação do mercado de trabalho, flexibilizando as formas de contratação com uma gama variada de possibilidades de ocupações precárias que se tornam legais, permitindo a redução estrutural dos direitos laborais.

O novo estatuto do trabalho no Brasil sob a reestruturação produtiva do capital, conforme Antunes (2006) vem se efetivando mediante a implementação de formas diferenciadas de organização e gestão do trabalho, que se caracterizam pela mescla entre elementos do fordismo periférico e elementos oriundos das novas formas de acumulação flexível e/ou influxos do toyotismo, as quais se manifestam através da flexibilização, subcontratação, terceirização e desregulamentação dos direitos sociais, em praticamente todos os ramos e setores do espaço produtivo. Além disso, deve-se acrescentar que a combinação entre padrões produtivos tecnologicamente mais avançados e uma melhor qualificação da força de trabalho, resultam no aumento da superexploração da força de trabalho, traço constitutivo e marcante do capitalismo brasileiro (ANTUNES apud RAPOSO, 2016).

⁶⁰ A reforma trabalhista instaura a precarização como um imperativo legal, enfraquecendo a relação e os regimes de trabalho.

No contexto brasileiro das duas últimas décadas, no qual a desvalorização da força de trabalho situa-se como a principal estratégia de ampliação do lucro do capitalista, a informalidade e o aumento das terceirizações marcam uma nova era de transformação estrutural do mercado de trabalho brasileiro, em que a terceirização surge como a grande expressão da tragédia do trabalho no Brasil.

Observamos que, na conjuntura atual do capitalismo brasileiro, diante de seu caráter dependente e periférico, as formas de inserção no mercado de trabalho seguem a exigência de atender aos interesses do capital, tendo em vista manter a estrutura do emprego e do trabalho funcionais ao processo de acumulação capitalista⁶¹, corroborando para o cenário de precarização do trabalho no Brasil.

Evidencia-se uma apropriação precária da força viva de trabalho, em que o estatuto do trabalho e do trabalhador é conduzido às formas de gestão flexibilizadas, que traduzem o espaço de desregulamentação do trabalho, imposto pela lógica destrutiva do capital mundializado.

⁶¹ A ausência de proteção ao trabalhador, combinada com o aumento da exploração, são atenuantes desse processo.

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO

2.1 Histórico da política de saúde no Brasil: marcos para uma reflexão crítica

O tema da precarização do trabalho em saúde tem sido assinalado como um desafio para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e como um obstáculo para a consolidação do SUS e garantia do direito à saúde. Para entendermos essa problemática na atual configuração da política de saúde brasileira, se faz necessário compreender os processos históricos envolvidos na estruturação histórica da política de saúde no Brasil.

Para tal tarefa torna-se fundamental apresentar como se construiu a política de saúde no contexto brasileiro para posteriormente estabelecermos sua relação com a precarização do trabalho em saúde.

De acordo com Braga e Paula (1986) a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no âmago da economia capitalista exportadora cafeeira, como expressão da emergência do trabalho assalariado em uma sociedade com marcas de um passado escravocrata.

A classe operária no Brasil, por ocupar uma posição estratégica para a economia agroexportadora, ganha destaque, e isso gera uma demanda para o governo, que investirá em medidas protetivas para o operariado, objetivando a reprodução da principal força de trabalho do país.

Em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), as quais concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como a prestação de serviços do tipo de consultas médicas e fornecimento de medicamentos, voltados aos trabalhadores ferroviários e marítimos, categorias ligadas à produção exportadora. Para tanto, foi criado um fundo constituído pelo recolhimento compulsório tripartite: do empregado, do empregador e da União (CORDEIRO, 1981) - o direito a assistência à saúde estava restrito, nesse período, a condição de segurado.

A partir de 1930, com o aprofundamento do processo de industrialização brasileira⁶², o Estado assume o papel de regulador da economia (FIORI, 1995). Assim foram criados mecanismos e estruturas que visassem atender os assalariados urbanos, setor de destaque na época em decorrência da nova dinâmica de acumulação - nessa época são formados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das CAPs, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro.

O trabalhador que não contribuísse com os institutos estaria excluído do sistema de proteção. Dessa forma, estavam à margem: o trabalhador rural, os profissionais autônomos e todo trabalhador que exercesse função não reconhecida pelo Estado – a proteção previdenciária era um privilégio de certos segmentos societários, permanecendo de fora grande parte da população, principalmente os indivíduos das camadas mais baixas.

Aqueles que não estivessem incluídos na medicina previdenciária estavam também excluídos do direito à assistência à saúde prestada pelos IAPs, contando apenas com os serviços oferecidos pelo Ministério da Educação e Saúde Pública⁶³ (MESP), além da filantropia e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde.

A partir da década de 1950 ocorre no Brasil o aceleração do processo de industrialização. Assim os grandes centros urbanos passaram a constituir o polo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária, provocando uma demanda por um sistema de saúde (MENDES, 1993). Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, introduzindo a prática de convênios-empresa para suprir lacunas cada vez maiores.

Como acontecimentos importantes deste período e que marcaram a trajetória da política de saúde temos: a criação do Ministério da Saúde em 1953, atribuindo um papel político específico para a saúde no contexto do Estado brasileiro; e a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias

⁶² A aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora ocorreu em precárias condições de higiene, saúde e habitação, disseminando doenças infecciosas e parasitárias.

⁶³ Em áreas estratégicas: saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros.

rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) em 1956. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Com o governo do Presidente Juscelino Kubitschek, a economia abriu-se ao capital estrangeiro. O desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar novos postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo.

No contexto da ditadura militar tem-se a unificação dos IAPs em apenas um órgão, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que uniformizou os institutos, principalmente em termos dos benefícios prestados. Além disso, a unificação levou à centralização do poder dos IAPs no Estado e ao afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Com isso, fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder.

A ditadura militar protagoniza também a forte tendência de privatização das políticas sociais, por meio das associações entre o público e o privado. Na área da saúde se estabeleceu um forte processo de mercantilização, instituindo um modelo privatista, individual e curativo em detrimento da saúde pública a favor dos grandes conglomerados médicos e farmacêuticos. As políticas públicas de saúde são produtos do momento socioeconômico e da luta de classes e, de modo geral, é preciso levar em conta que elas sempre estiveram atreladas ao interesse do capital.

Neste contexto o setor da saúde passou a ficar cada vez mais vinculado ao complexo médico-industrial, caracterizado pela imposição dos recursos

tecnológicos e da indústria farmacêutica, além de propiciar a precarização da qualidade do trabalho em saúde por um forte viés privatista⁶⁴.

Na época conhecida como “*milagre econômico*” os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram, enquanto os gastos com as políticas sociais diminuíram o que afetou profundamente a saúde pública, que nesse momento priorizava a mercantilização do sistema de saúde com ênfase no modelo hospitalocêntrico.

Esse foi o contexto no qual emergiu o movimento sanitário⁶⁵ no interior das universidades, como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. Assim, o âmbito universitário passou a ser o espaço onde era possível contestar as práticas do regime vigente (ROCHA, 1988; TEIXEIRA, 1989).

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema: trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos e, a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde. O Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como complexo médico-empresarial (CORDEIRO, 1985) - a política de saúde estava subordinada à organização do INPS.

Mesmo com a inclusão de novas categorias no sistema de proteção, muitos trabalhadores ainda não tinham o acesso à saúde. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo

⁶⁴ O Ministério da Saúde propôs o Plano Nacional de Saúde (PNS) em 1968, um plano de cunho privatizante em que se venderia todos os hospitais federais para a iniciativa privada, ficando o Estado apenas com o financiamento dos serviços privados, em parte custeados pelos pacientes.

⁶⁵ O movimento da Reforma Sanitária, composto por grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública, nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário - doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social.

Ainda no que se refere à saúde, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista⁶⁶. As políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, por meio da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. Dessa forma, visava-se a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (BRAGA; PAULA, 1986). Esse período marcou o fim do “milagre econômico”, cujos efeitos se faziam sentir no setor saúde por meio da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde.

No início dos anos 80, com a crise financeira instalada no setor da saúde, o movimento sanitário⁶⁷, já associado com outros movimentos sociais em prol da redemocratização do Estado, apresentava como principal proposta a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, ressalta-se a concepção ampliada de saúde com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

⁶⁶ Tal paradigma apresentava como traços fundamentais: o individualismo; o binômio saúde/doença como mercadoria; a ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; a medicalização dos problemas; o privilégio da medicina curativa; o estímulo ao consumismo médico; a participação passiva e subordinada dos ‘consumidores’.

⁶⁷ O movimento sanitário emergia como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema na área da saúde.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Elementos situados na defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

O Movimento Sanitário teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final serviu como aporte para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal – “Da Saúde”. A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais expressivos. O SUS, parte do tripé da Seguridade Social e uma das propostas da Reforma Sanitária, foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Na década de 1990, sob o governo Collor, as principais estratégias do grande capital se materializaram na forma de críticas severas às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social, e na construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar o projeto político das classes dominantes hegemônico (MOTA, 1995). Nesse período, também verifica-se a afirmação das contrarreformas de caráter neoliberal, defendidas pelos organismos internacionais, cujos vetores privilegiados são a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor.

Na defesa do processo de privatização, ressalta-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do assistencialismo. Como principais diretrizes têm-se: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada gradualmente e possui características de uma contrarreforma (GUERRA, 1998); a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais.

Com o aumento da privatização, do sucateamento e do subfinanciamento do SUS, promove-se um intenso processo de precarização nas relações de trabalho, tanto na oferta dos serviços, quanto na inserção dos trabalhadores na área da saúde, acentuando o fenômeno e fortalecendo setor privado em detrimento do público.

Atualmente a política pública de saúde tem encontrado manifestas dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas com base na integralidade, os impasses para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e retrocessos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde.

2.2 – A precarização do trabalho em saúde

O direito à saúde, estabelecido formalmente na CF/88 tornou-se refém da política neoliberal e dos seus ajustes estruturais, impossibilitando as condições para a prerrogativa da universalização do acesso. Mais que isso, a política de saúde foi duramente atacada, como expressão das disputas de dois projetos em constante tensão no campo desta política: o projeto de reforma sanitária, e o projeto de saúde privatista de forte influência do Banco Mundial (BRAVO, 2007).

Estas disputas acentuaram o quadro de precarização dos trabalhos em saúde. Nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde sendo a expressão utilizada para indicar a ausência dos direitos sociais dos trabalhadores. O trabalho precário em saúde tem sido apontado como uma barreira para o desenvolvimento do sistema público de saúde e, esse dilema, associado às relações trabalhistas fragilizadas, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados pelo SUS.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), trabalho precário está relacionado aos vínculos empregatícios no âmbito do SUS que não

garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados na legislação, seja por vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, principalmente, uma relação democrática com os trabalhadores.

Já para as entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS, o trabalho precário, além dos elementos elencados pelo CONASS e CONASEMS, é caracterizado também pela ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS - saliente-se que os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o estatutário e o celetista.

O acirramento da precarização do trabalho em saúde corresponde aos efeitos da contrarreforma na saúde (CORREIA, 2007), que como uma via da contrarreforma do Estado e sob a influência do Banco Mundial, criou uma série de medidas administrativas que implicaram na redução da ação estatal na execução da política de saúde.

Entre essas medidas destaca-se a terceirização da gestão de hospitais públicos dentro da lógica custo/benefício com a defesa de novas modalidades de gestão, que passam a executar os serviços de saúde, com o financiamento público, mas sem seguir as normas públicas no que tange ao regime contratual de trabalho.

A terceirização nos serviços públicos de saúde no Brasil é uma prática recorrente, e que contribui para o aumento da precarização das relações de trabalho nessa área. Sobre esse tema, Cherchglia (1999, p. 382) assinala:

A terceirização estaria intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos [...] e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para se tornarem localizadas e até mesmo individualizadas. [...] O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização [...] pela 'cooperativização' do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado [...]. No setor público de saúde

encontramos [...] contratos de trabalho que transitam dentro de um gradiente de nenhuma proteção social até a estabilidade no emprego [...].

A flexibilização e a precarização das relações de trabalho também passaram a ser largamente adotadas na esfera federal, e em boa parte dos estados e municípios a partir da promulgação da emenda constitucional (EC) 19/1998, resultado de uma política econômica que prevaleceu a partir da segunda metade da década de 90, combinada com propostas de reformas estruturais do Estado.

No Brasil, no âmbito do setor público, a condição de trabalho precário toma forma a partir da EC 19/1998. Essa emenda, chamada de “reforma administrativa”, teve como finalidade alterar dispositivos da Constituição Federal referentes à Administração Pública e às relações de trabalho do servidor público com o Estado.

Entre as mudanças determinadas, destacam-se aquelas relativas ao regime jurídico único e a modificação das regras sobre a estabilidade no cargo público. A partir da EC 19/1998 permitiu-se a coexistência de múltiplas formas de vínculos - o estatutário (regime jurídico único), o celetista, regido pela CLT, até os vínculos temporários (contrato com prazo) e terceirizados.

A partir daí a precarização do trabalho é referida como o vínculo empregatício que se dá em condições incertas e imprevisíveis, nas quais seus riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, a quem compete, verdadeiramente, regular e zelar pelas relações de trabalho, na perspectiva da proteção social.

As medidas implementadas pela EC nº 19/98 serviram para dar limites aos governos em relação ao regime de pessoal, visando a reverter, a longo prazo, a situação de endividamento público.

Outro aspecto da conjuntura atual do SUS que relaciona-se indiretamente ao processo de precarização do trabalho em saúde é a focalização do sistema de saúde. A ideia de focalização tem sido apreendida como a ação, orientada

por razões de caráter econômico, de concentrar recursos financeiros em um segmento definido da população. Nas últimas décadas do século XX, no âmbito das políticas de saúde, o termo ‘focalização’ passa a ser largamente utilizado em documentos dos organismos internacionais - como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), entre outros⁶⁸.

A adoção dessa estratégia como pressuposto para a formulação e implementação das políticas de saúde implica negar a universalidade como princípio doutrinário do sistema de saúde e substituir o princípio da igualdade pelo da equidade como diretriz para a tomada de decisão no âmbito dos serviços, e implica na redução dos investimentos públicos na infraestrutura dos serviços, e o conseqüente deteriora nas condições de trabalho.

A ideia de ‘focalização’ traduz o entendimento de que diante da “limitabilidade” de recursos financeiros para atender as demandas por serviços e benefícios sociais, o Estado deve priorizar e direcionar a sua ação, no âmbito das políticas sociais, para as camadas mais pobres, o que conseqüentemente, acarreta em baixos investimentos na carreira dos trabalhadores da saúde.

A focalização da política de saúde e os processos de precarização atrelados a ela tendem a se acentuar com a implementação Emenda Constitucional nº 95, que estabelece um limite para os gastos da União, os quais serão congelados em níveis de 2016 e corrigidos, ano a ano, de acordo com a variação da inflação.

Isso pode significar o fechamento de leitos hospitalares, o encerramento de serviços de saúde, o aumento de demissões de profissionais, a redução do acesso, o aumento da demora no atendimento, entre outros pontos negativos.

⁶⁸ Essas entidades passaram a difundir a ideia de que a atenuação da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis. Tais projetos teriam como objetivo explícito combater a pobreza, satisfazendo as necessidades básicas, o que deveria propiciar um mínimo de dignidade a esse segmento populacional.

Acarretando em um enfraquecimento cada vez maior da política de saúde e dos seus trabalhadores.

Vê-se, portanto, que as medidas relacionadas a reestruturação produtiva adotada ao longo dos anos - envolvendo a reorganização das relações trabalhistas, via flexibilização e precarização (DEJOURS, 1993) – tem chegado à esfera do trabalho estatal e aos trabalhadores vinculados as políticas sociais. Este movimento acaba por afetar direitos trabalhistas e tornar as relações fragilizadas, não se limitando a um só ramo produtivo, mas afetando também serviços públicos, como os do SUS, minando a política social e contribuindo para a intensificação da precarização das relações de trabalho nesse setor.

CAPÍTULO 3 – PRINCIPAIS INDICADORES LEVANTADOS SOBRE A PRECARIZAÇÃO NO SUS

Nesse capítulo objetiva-se investigar a prevalência da precarização do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito do SUS por meio dos principais indicadores na atualidade. Para essa tarefa, fez-se uma pesquisa bibliográfica a partir da revisão da literatura dos trabalhos científicos nacionais produzidos no período de 2007-2016 nas bases de dados da SciELO, BVS-Psi e CAPES, com as palavras-chave: **precarização do trabalho na saúde; precarização do trabalho no SUS; precarização dos profissionais em saúde.**

Com a finalidade de filtrar essas produções para coleta de dados, foi feita a leitura do resumo dos documentos. Primeiramente, observou-se que muitos dos trabalhos encontrados não tinham relação direta com o assunto, mas se aproximavam em certa medida, oferecendo uma contribuição a mais. Para uma avaliação mais criteriosa, foram lidas as introduções dos resumos que causaram dúvidas quanto ao tema. Depois desse filtro foram selecionados 9 trabalhos.

Para uma melhor análise dos textos e melhor exposição dos resultados dessa pesquisa, optou-se por eleger as seguintes categorias:

- 1) Condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho – compreender a precarização a partir das condições do espaço de trabalho (tanto para o profissional quanto para o usuário);
- 2) Fragilidade dos direitos (incluindo salário, vínculo de emprego, estabilidade e condições de segurança);
- 3) Condições de realização do exercício da profissão (permite ao profissional atender as suas próprias demandas, exercendo sua profissão dignamente, cumprindo com a demanda do usuário, com participação política do profissional).

3.1 – Textos selecionados

Após a seleção, obtivemos como resultado os trabalhos apresentados na tabela a seguir:

Título	Autor	Ano
Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário	Maria Yvone Chaves Mauro; Andréia Fontes da Paz; Carla Christina Chaves Mauro; Michely Alexandrino de Souza Pinheiro; Viviane Gomes Silva	2010
(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial	José Maria Ximenes Guimarães; Maria Salete Bessa Jorge; Marluce Maria Araújo Assis	2011
Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva	Carlos Minayo Gomez; Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa	1999
Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro	Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini	2016
Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional	Cassio Adriano Braz de Aquino; Iratan Bezerra de Sabóia; Pamella Beserra de Melo; Tainã Alcântara de Carvalho; Veronica Moraes Ximenes	2016
Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho	Edvânia Ângela de Souza Lourenço; Íris Fenner Bertan	2007
A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho	Graça Druck	2016
Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura	Marina Bernardo Mandarinini; Amanda Martins Alves; Marina Gregghi Sticca	2016

Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de despreciação do trabalho no Sistema Único de Saúde	Maria Salete Bessa Jorge; José Maria Ximenes Guimarães; Maria Emanuela Ferreira Nogueira; Thereza Maria Magalhães Moreira; Ana Patrícia Pereira Morais	2007
--	--	------

3.2 – Dados sobre a precarização

Após a leitura dos artigos acima destacamos trechos que fornecem dados sobre a precarização do trabalho em saúde, com base em três eixos categóricos principais:

- 1) Condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho – compreender a precarização a partir das condições do espaço de trabalho (tanto para o profissional quanto para o usuário);
- 2) Fragilidade dos direitos (incluindo salário, vínculo de emprego, estabilidade e condições de segurança);
- 3) Condições de realização do exercício da profissão (permite ao profissional atender as suas próprias demandas, exercendo sua profissão dignamente, cumprindo com a demanda do usuário, com participação política do profissional).

Tais elementos servirão como subsídios para nossa apreciação ao final desse trabalho, nos auxiliando com algumas questões pertinentes à temática: existe precarização do trabalho dos profissionais de saúde? Como isso prejudica o serviço em saúde?

3.3 - Condições de infraestrutura, direitos trabalhistas e exercício profissional

Um dos aspectos que caracteriza a precarização das relações de trabalho, segundo a literatura especializada, é a ausência de uma infraestrutura

que garanta um acesso de qualidade para os trabalhadores executarem seus serviços – ressaltamos que as condições de trabalho não se referem apenas às condições físicas (calor, ruído, postura, iluminação, etc.), mas também às condições sociais do trabalho, a vida social, o salário e às perspectivas do trabalhador.

Nesse sentido, alguns dos artigos⁶⁹ que selecionamos demonstram esse aspecto, como por exemplo o texto sobre a ‘(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial’, que se trata de uma pesquisa investigativa. Nesse artigo podemos notar a falta de materiais básicos para o desenvolvimento das atividades profissionais, assim como instalações em condições ruins, podendo afetar o exercício profissional.

[...] é preciso melhorar as condições de trabalho, incluindo a aquisição de materiais necessários para o desenvolvimento das atividades. [...] As deficiências das instalações e a carência de materiais, além de provocar insatisfações, podem promover limitações na organização e na execução das práticas de saúde mental (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Neste outro artigo selecionado - ‘Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional’ - não se faz uma menção direta às condições de trabalho, mas os autores nos trazem elementos que se enquadram nesse aspecto de forma mais geral.

O Projeto de Lei 4.330/2004 (2004) e as Medidas Provisórias 664 (2014) e 665 (2014) representam, assim, a normalização de uma situação sempre camuflada de aviltamento das condições de trabalho, que, por sua vez, abre espaço para processos de degradação mais fortes sobre o trabalho, tal como vem se manifestando a “quarteirização” (AQUINO, 2016).

⁶⁹ Não foram encontrados muitos trabalhos com relação a esse aspecto.

Como já exposto nesse trabalho, atualmente observa-se uma tendência a colocar o trabalhador em uma condição subordinada, ampliando-se a degradação das condições de trabalho assim como a redução de gastos com direitos sociais, aumentando-se a exploração e a deterioração do trabalho assalariado, constituindo uma das maiores ameaças a classe trabalhadora no Brasil – uma de suas expressões mais visíveis no cenário atual é a reforma do trabalhista.

Com esta reforma trabalhista acentua-se essa tendência de precarização das condições de trabalho, já que as medidas desta reforma representam uma série de tramas para desmontar os direitos dos trabalhadores e, ampliar os processos de terceirização, retirando conquistas históricas da classe trabalhadora, configurando-se como o mais profundo ataque aos trabalhadores brasileiros pelo capital.

A fragilidade dos direitos trabalhistas também é um dos indicadores de precarização. Em relação a esse aspecto encontramos um número maior de trabalhos pois, a precarização tem se constituído de várias formas, entretanto, a sua face mais destacada diz respeito a modalidades irregulares de contratação, com perdas de direitos trabalhistas.

No texto selecionado - ‘Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário’ - os autores apresentaram dados importantes (por meio do quantitativo de vínculos empregatícios precários) a respeito da debilidade dos direitos trabalhistas de enfermeiros, resultado de uma pesquisa realizada em um hospital universitário.

Em relação ao contrato de trabalho, observa-se que a maioria é estatutário estadual (63,3%) como seria esperado, uma vez que se trata de uma instituição pública. No entanto, nota-se que cerca de 30% são contratos temporários, o que reflete uma precarização do vínculo de trabalho, presentes inclusive em instituições públicas. Destaca-se que quase a metade, cerca de 47% dos trabalhadores, apresenta mais de um vínculo empregatício, o que justifica o sofrimento decorrente do aumento da sobrecarga de trabalho do profissional. Quando questionados em relação à carga horária na unidade em estudo, observa-se que a maioria realiza 30 horas semanais, que se somadas a outras unidades (quando existe outro vínculo), podem chegar a 60 horas e até 70 horas semanais, refletindo mais uma vez uma

sobrecarga de trabalho. [...] Quanto à renda salarial, observa-se que a maioria, 63,3%, recebe até 5 salários mínimo, apesar de um grande número possuir duplo vínculo empregatício (MAURO, 2010).

O trabalho precário tem ganhado força na economia brasileira - apesar da diminuição do desemprego aumentou-se o número de postos de trabalho em ocupações precárias, sem proteção social. A proteção social garante direitos como 13ª salário, recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), férias remuneradas, contribuição compartilhada para a Previdência Social, entre outros. Esses direitos não necessariamente estão garantidos para o trabalhador com vínculo precário de trabalho.

Resgatemos mais uma vez a reforma trabalhista cuja implementação agravou o cenário de contratações precárias. A reforma terminou privilegiando os contratos precários em prejuízo ao vínculo de emprego” - exemplos de contratos de trabalho: a tempo parcial, intermitente (que não existia antes), temporário e autônomo. Esses contratos são precários se comparados ao vínculo formal de emprego. A reforma, por acentuar e privilegiar essas modalidades, tende a estimular a contratação do trabalho precário. Como agravante desse processo tem-se o aumento da terceirização.

Considerando que ocorreu a precarização do trabalho em saúde, representada pela desregulamentação e flexibilização na forma de contratação dos trabalhadores, inclusive sem o estabelecimento de vínculo empregatício com a administração pública, observa-se total desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas com salários “achataados” e condições de trabalho insatisfatórias [...] (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011)

Uma das principais e mais frequentes expressões da flexibilização da regulação pública do trabalho no Brasil aparece na crescente expansão das práticas de terceirização⁷⁰. A terceirização é uma forma de contratar mão de obra

⁷⁰ “Os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre a terceirização no Brasil foram unânimes em revelar a degradação do trabalho em todas as suas dimensões: no desrespeito aos direitos trabalhistas, nas más condições de trabalho, nos baixos salários, na piora das condições de saúde, nos maiores índices de acidentes e na vulnerabilidade política dos trabalhadores que,

com potencial altamente precarizador das relações de trabalho, aumentando as desigualdades e fragmentando a organização dos trabalhadores. No trecho seguinte também percebemos a presença desse elemento quando se fala em precarização do trabalho:

Antunes (1999) mostra que a reestruturação produtiva gera novas formas de vínculo laboral precárias, entre elas a terceirização, que estão relacionadas aos objetivos últimos do capital para geração de mais-valia. A terceirização surge para flexibilizar a força produtiva das empresas em crise, expandindo-se, todavia, a diversas atividades, atingindo não apenas a esfera dos serviços ou das atividades-meio (limpeza, vigilância, manutenção), mas chegando a despontar entre as atividades-fim [...]. [a terceirização] é marcada por uma relação de trabalho vulnerável, pela fragilidade dos direitos trabalhistas, de defesa e segurança”. [...] Um estudo recente da Secretaria Nacional de Relações de Trabalho e do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (2014) mostra que trabalhadores terceirizados recebem remuneração média inferior à dos trabalhadores com vínculo efetivo (24,7%), têm maior jornada semanal de trabalho (7,5%) e menor tempo de permanência no emprego (53,5%), aumentando, assim, a rotatividade e a dificuldade em estabelecer o nexos causal em casos de adoecimento decorrentes do trabalho, além de serem vítimas de maior número de acidentes laborais (47%). O estudo indica, ainda, que os terceirizados estão mais sujeitos a trabalhos análogos ao trabalho escravo até aproximadamente seis vezes mais que os trabalhadores contratados (AQUINO, 2016).

A terceirização no serviço público se tornou forte realidade na saúde pública nos últimos 15 anos. A prática de contratar serviços de terceiros para a execução de parte das atividades econômicas é uma característica de determinados processos produtivos. Entretanto, nos anos de 1990 essa modalidade de contratação circunscrita a certas atividades econômicas se generalizou para outros ramos da economia, seja na indústria, comércio e serviços ou ainda na área rural e no setor público. A prática da terceirização ampliou-se, como podemos ver nesse trecho do texto ‘A Terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho’.

dispersos e fragmentados, têm dificuldades para se organizar coletivamente (DRUCK, Graça; 2016).

De acordo com o perfil dos estados e dos municípios brasileiros, elaborado pelo IBGE (2014), que atingiu os 27 estados e 5.570 municípios existentes (até dezembro de 2014), a evolução do quadro dos funcionários municipais por vínculo empregatício mostrou que, em 1999, os estatutários representavam 65% do total, caindo para 61,1% em 2014. Em contrapartida, o pessoal sem vínculo empregatício passou de 13,4% para 18,7% nesse período. No caso dos funcionários públicos estaduais, entre 2012 e 2014 houve um decréscimo de cerca de 137.268 estatutários estaduais (-5,9%), enquanto os servidores sem vínculo (não concursados e não permanentes) tiveram um acréscimo de 151.553, passando de cerca de 418.850 para 570.403 nesse período, ou seja, apresentaram um crescimento de 36,2%. Considerando que a contratação de OSs é feita essencialmente pelos municípios e estados, pode-se inferir que essa evolução do quadro de pessoal reflete o processo de terceirização adotado, no qual as OSs têm predominância. O estudo do IBGE de 2014 analisou o quadro do funcionalismo para a saúde pública nos municípios e nos estados. No caso da administração municipal, o número de pessoas ocupadas na área de saúde era de 1.574.318 entre os 5.513 municípios que forneceram a informação, representando 24% do total de pessoal ocupado na administração municipal brasileira. O pessoal ocupado sem vínculo permanente na saúde representava 28,6% do total de pessoal sem vínculo permanente da administração municipal e tinham 27% celetistas e 23,1% estatutários em relação ao total do serviço público municipal. No quadro de pessoal na saúde nos municípios, a distribuição do pessoal segundo o vínculo empregatício era de 58,5% estatutários, 11,4% celetistas, 5% comissionados e 22% trabalhadores sem vínculo permanente em 2014 (DRUCK, 2016).

Nesse outro destaque trazemos mais uma contribuição acerca da terceirização no Brasil, com mais elementos relacionados à fragilidade dos direitos trabalhistas.

[...] na pesquisa de Azevedo (2014), verificou-se a terceirização profissional de consultorias empresariais de serviço social no Estado de São Paulo, analisando o processo de precarização das condições de trabalho do assistente social. A autora reforça os resultados apresentados nos estudos anteriores, destacando que a precarização das organizações e das condições de trabalho se expressa na intensificação do trabalho, na restrição da autonomia, nas metas, pressões, extensão da jornada, polivalência e rotatividade, entre outros. [...] os dados obtidos pelos autores apontam que o profissional terceirizado é caracterizado como um sujeito que possui um vínculo mais frágil de trabalho, aspecto que se reflete nas expectativas que ele possui em relação às suas obrigações e às do empregador (JORGE, 2007).

As condições de realização do exercício profissional nas instituições públicas vêm se evidenciando como desfavoráveis aos profissionais de saúde,

e isso por sua vez influencia o desenvolvimento de suas atividades laborais, além de ser uma das principais consequências da precarização das relações de trabalho.

O trabalho afeta todos os aspectos do bem-estar (físico, psicológico e social) e se estende para muito além do lócus de trabalho. É um fator de construção da identidade, autoestima, realização pessoal e qualidade dos relacionamentos, implicando profundamente na qualidade de vida, em todas as suas dimensões.

Alguns estudos apontam que a sobrecarga de trabalho e o pouco tempo destinado ao descanso são situações que comprometem também a saúde mental do trabalhador de enfermagem, podendo acarretar problemas pessoais, nas relações interpessoais e no desempenho de suas atividades profissionais. [...] a remuneração insuficiente pode ser responsável pela necessidade de manter outro vínculo de trabalho, o que é possível na profissão, uma vez que esta atua nas 24 horas e permite conciliar o trabalho em turnos diferentes (diurno e noturno); isso leva o trabalhador a sacrificar seus horários de descanso e lazer para manter mais de um emprego. Entretanto, essa prática sobrecarrega o trabalhador de enfermagem, gerando danos físicos e psicossociais ao seu corpo (MAURO, 2010).

A história do trabalho assalariado no Brasil e no mundo é marcada por uma trajetória de superexploração da mão-de-obra em busca da maximização do lucro empresarial, constituindo-se assim, em razão das lutas da classe operária pelo reconhecimento de seus direitos e dignidade no ambiente laboral.

Com a reforma trabalhista brasileira, temos uma inflexão, um marco de retrocesso nesse histórico de lutas da classe trabalhadora. Admite-se um aumento da jornada de trabalho, a redução do intervalo de descanso intrajornada e de refeição, o que causa sobrecarga no trabalhador. O excesso de tempo de trabalho, decorrente das extensas jornadas praticadas pelos trabalhadores, é uma das causas do surgimento dos infortúnios laborais, com reflexos diretos na assistência em saúde e na vida do profissional.

É possível inferir que a flexibilização pode provocar consequências danosas ao trabalhador, gerando tensões, insegurança e medo. Apesar da necessidade de lutar por seus direitos trabalhistas e por melhores condições de trabalho, entre os trabalhadores predomina o receio de perder o emprego em virtude da instabilidade [...]. nas instituições verifica-se um grande volume de contratações de serviços por meio da terceirização. Dessa forma, o processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, os modos de organização do trabalho, configurando-se em arenas competitivas, individualizadas. Enfim, em ambientes pouco saudáveis. [...] Os processos de adoecimento resultam do profundo desgaste provocado também pela atividade laboral, quando o trabalhador é exposto continuamente a situações estressoras no seu ambiente de trabalho. [...] O trabalhador insatisfeito poderá apresentar descompromisso e, conseqüentemente, um baixo rendimento no trabalho, contribuindo para menor qualidade na assistência por ele prestada. [...] Ao considerar que a (in)satisfação tem conseqüências na vida do trabalhador, foi possível perceber sua interferência na saúde física e mental dos participantes, bem como seu potencial de repercussão no comportamento organizacional e social do trabalhador, por conseguinte, inferindo na qualidade dos serviços de saúde (GUIMARAES; JORGE; ASSIS, 2011).

Não apenas operários ou empregados assalariados propriamente ditos, mas também trabalhadores públicos tornam-se vítimas da precarização laboral por conta da proletarianização das condições de trabalho. Ao precarizar o trabalho o capital degradou os produtos da atividade profissional dos trabalhadores públicos.

Essa precarização se manifesta por exemplo, no crescimento dos índices de adoecimento laboral. A doença do trabalho vivo é a expressão da degradação da dignidade da pessoa humana pelo movimento do capital.

A precariedade das condições de trabalho manifestada na violação dos direitos trabalhistas, na insegurança do posto e do ambiente de trabalho, no aumento do ritmo da produção e das exigências (pressão) interfere na saúde dos(as) trabalhadores(as) e também no modo de agir, pensar, sentir e fazer ou, nas palavras de Antunes (1999, p. 15), na “subjetividade da classe trabalhadora”. [...] As precárias condições de trabalho acompanhadas de perto pela ameaça do desemprego geram instabilidade, insegurança e risco social e de acidentes que, imbricadas com o aumento da pobreza e da desigualdade social, agravam a exclusão social (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

A concreta precarização das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde afetou diretamente a efetividade e eficiência das ações e serviços do setor, ao promover a vulnerabilidade do vínculo, uma vez que o trabalhador deve ser percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Conforme os trabalhadores referem, eles estão submetidos a condições de trabalho insatisfatórias relacionadas à estrutura física dos serviços e à presença dos equipamentos necessários à consecução de suas ações. [...] após a vigência da Constituição de 1988, conforme se reconhece, a área da gestão de recursos humanos, inicialmente, foi “negligenciada”, porquanto verificou-se a precarização do trabalho em saúde, caracterizada pela ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, pela inserção de trabalhadores com baixa qualificação profissional, além de condições de trabalho não satisfatórias. Diante do exposto, pode-se afirmar a ocorrência da flexibilização das relações de trabalho na área da saúde pública, viabilizada pelas modalidades de contratação de pessoal com formas de vínculos não estáveis com o Estado, formas diferenciadas de remuneração, ausência de uma política de educação permanente no trabalho, entre outras. Neste contexto, os trabalhadores são contratados diretamente pelo órgão público por meio de um vínculo temporário ou informal, ou, ainda, através de entidades terceirizadas como cooperativas, e atuam como autônomos. [...] Os resultados revelam a existência de diversas formas de contratação no serviço público, contrariando os princípios normativos da administração pública consagrados constitucionalmente, nos quais a inserção no serviço público deverá se dar somente por concurso público. Estas formas de inserção vêm ocorrendo por contratação direta por contrato temporário, terceirização, bolsas de trabalho, entre outros modos. Isto remete à flexibilização das relações de trabalho, onde os trabalhadores não têm seus direitos trabalhistas respeitados e ficam desprovidos da proteção social (JORGE, 2007).

3.4 – Reflexões finais sobre a precarização na saúde

A análise aqui exposta está organizada conforme as categorias chave, definidas por meio do objetivo geral do trabalho - resgatemos as categorias chave:

- 1) condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho;
- 2) fragilidade dos direitos;
- 3) condições de realização do exercício da profissão.

Com relação às condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho pudemos perceber que apenas alguns dos trabalhos que selecionamos tratavam dessa matéria. Dentre esses trabalhos, notamos que certos segmentos de profissionais da saúde não dispõem de materiais básicos e exercem sua profissão em instalações deficitárias.

Esse quadro é um reflexo da atual situação da saúde brasileira - a falta de estrutura física (seja pela insuficiência de leitos, remédios, equipamentos, profissionais) é um dos maiores obstáculos que a saúde pública brasileira encontra atualmente. Isso pode ser explicado pelo movimento contemporâneo⁷¹ (ocorrido sob a ofensiva neoliberal) que tende a desvalorizar o trabalhador, acentuando a degradação, exploração das condições de trabalho ao mesmo tempo em que se enfraquecem os direitos sociais.

O principal problema nesse ponto está na falta de dinheiro para o SUS. Na saúde atualmente existem regras que garantem percentuais mínimos que o governo deve aplicar nesta área. No caso da saúde, a Emenda Constitucional 86 (EC 86), aprovada no ano de 2015, definiu um gasto de 13,2%⁷² da Receita Corrente Líquida (RCL) para 2016, valor esse que já é insuficiente para sustentar um sistema tão abrangente e complexo como o SUS, agravando o quadro de subfinanciamento do SUS para a União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Ainda com relação ao financiamento do sistema de saúde, a situação tende a piorar, principalmente após a aprovação da PEC 241 - que estabelece um teto para o crescimento dos gastos públicos. A proposta do governo Temer é estabelecer um limite para os gastos do governo federal durante 20 anos, a partir de 2017- para a educação e a saúde, a regra só vale a partir de 2018 -, tendo como base o orçamento do governo em 2016. E alguns gastos públicos,

⁷¹ Esse movimento está relacionado à década de 1990, quando as reformas neoliberais implementadas a partir do governo Collor e o cenário macroeconômico (recessão e baixo crescimento da economia num contexto de intensa reestruturação industrial, juros elevados e abertura comercial com a intensificação da concorrência intercapitalista), contribuíram para a constituição de um cenário de degradação do mercado de trabalho com alto índice de desemprego total nas regiões metropolitanas e deterioração dos contratos salariais devido à expansão da informalização e da terceirização nas grandes empresas, visando reduzir custos.

⁷² Estima-se que esse percentual progressivamente chegue a 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

como a saúde por exemplo, serão prejudicados⁷³. O congelamento ocorre em um momento em que o Orçamento já vinha sofrendo cortes, por conta da crise financeira do país

Dentro desse contexto, os profissionais não possuem meios nem estrutura para executar suas atividades de forma digna, dispondo de um sistema sucateado. Assim, os serviços públicos são prejudicados e os cidadãos não conseguem acessar seu direito a saúde - a saúde é um direito de todo o cidadão e um dever do Estado, direito esse inscrito na Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Essa falta de estrutura indica a presença da precarização na saúde pública. Ressaltemos que O SUS em si não é o problema, ao contrário, representa uma enorme conquista, fruto de um longo processo de luta e um avanço para o povo brasileiro. Mas o grande problema é a falta de recursos públicos para financiar o sistema.

Ao analisarmos a fragilidade dos direitos trabalhistas - outra categoria chave e um dos indicadores de precarização, incluindo salário, vínculo de emprego, estabilidade e condições de segurança - dentro dos textos selecionados, encontramos um número maior de trabalhos. A precarização tem se constituído de várias formas, entretanto no que diz respeito às modalidades irregulares de contratação, sua expressão é mais evidente.

A precarização do trabalho é referida como o vínculo empregatício que se dá em condições incertas e imprevisíveis, nas quais seus riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, sendo que este deveria regular e zelar pelas relações trabalhistas, na perspectiva da proteção social. Os trabalhadores inseridos nesses vínculos fragilizados encontram-se em situação de vulnerabilidade, sem garantia do direito à proteção social, segurança e estabilidade no trabalho.

⁷³ Especialistas estimam que a partir de 2019, a saúde começa a perder dinheiro pois a contar de 2018 o Orçamento será corrigido apenas pela inflação. Qualquer ganho de receita não será repassado à saúde.

Atualmente, o contexto político e econômico brasileiro, sobretudo no âmbito do serviço público, tem contribuído para que os gestores, na tentativa de reduzir gastos, optem pela flexibilização das relações de trabalho, ampliando a prática da terceirização, fator que interfere na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas.

Com a terceirização que vem ocorrendo no serviço público de saúde, assinala-se a renúncia do Estado⁷⁴ à sua responsabilidade social. Dessa forma, a saúde pública é entregue à entidades privadas⁷⁵, burlando o princípio do concurso público⁷⁶, lesando os trabalhadores dessa área.

Nesse aspecto, outro ponto que devemos mencionar é a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, cujo objetivo principal era reduzir as despesas com o funcionalismo público para o controle das contas do país. Assim, a LRF também exerceu influência sobre os trabalhadores da área da saúde na medida em que inibiu a realização de concursos públicos, além de incentivar a terceirização, pois as despesas com a subcontratação de empresas e com a contratação temporária, emergencial e de comissionados não são computadas como despesas com pessoal.

Ainda nesse raciocínio, torna-se imperativo trazermos mais uma vez para contribuição a reforma trabalhista. A implementação da reforma trabalhista representa um aumento da precarização das condições de trabalho e um retrocesso nos direitos conquistados ao longo dos anos pelo trabalhador, pois defende a flexibilização das relações de trabalho. Com a reforma, as contratações de terceirizados ao violarem a regra do concurso público também representam prejuízos para as relações de trabalho.

⁷⁴ O processo de desmonte do Estado brasileiro na área de saúde pública, se intensifica ao longo da década de 90.

⁷⁵ A transferência de altas somas de recursos públicos para instituições privadas se dá sem qualquer avaliação, planejamento, supervisão ou controle de como esse recurso é utilizado e de quais serviços, por quem e em quais condições estão sendo prestados.

⁷⁶ Devemos lembrar que após a promulgação da Constituição de 1988, o concurso público tornou-se obrigatório para cargo e emprego público. Entretanto esse período coincidiu com o início da implantação das políticas neoliberais, marco fundamental para a expansão da terceirização.

A presença da fragilidade dos direitos trabalhistas - expressos principalmente na forma de contratos flexibilizados de trabalho na área da saúde -, também indica a manifestação da precarização nas relações de trabalho da saúde pública.

Nesta última categoria-chave analisaremos as condições de realização do exercício da profissão⁷⁷. Por meio dos textos selecionados vimos que os profissionais da saúde estão submetidos às condições de realização do exercício profissional desfavoráveis e isso por sua vez pode influenciar o desenvolvimento de suas atividades.

Com o atual cenário vivenciado no Brasil, o trabalhador, inserido em relações precárias de trabalho, está submetido a intensa exploração - eles realizam mais horas, ganham menos remuneração e têm rotatividade maior. Por estarem sujeitos a estas condições de trabalho, esses profissionais estarão mais propensos a terem suas atividades influenciadas negativamente (como pudemos constatar após a leitura dos textos selecionados).

A precarização das condições de trabalho desses profissionais pode afetar sua própria saúde (física e psíquica), influenciando a efetividade e eficiência das ações e serviços executados. Assim não será possível aos usuários acessarem o espaço de saúde com qualidade (não permitindo a realização de seu direito).

Diante do exposto, podemos identificar que as condições de realização do exercício da profissão dos trabalhadores da saúde (com foco para aqueles que estão em relações flexibilizadas) indica precarização também.

⁷⁷ Esse ponto será abordado de maneira breve pois está intimamente ligado ao primeiro aspecto - condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho. Para não nos tornarmos repetitivos nos ateremos mais a identificar a prevalência ou não da precarização das profissões da saúde dentro desse quesito.

CONCLUSÃO

O termo precarização tem sido utilizado para designar perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado.

Em termos genéricos refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo.

A ‘precarização do trabalho’, com múltiplas relações contratuais, tem contribuído para deixar os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais. Esse processo tem ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia, mas tem afetado, de modo diferenciado, todos os setores da produção na sociedade. É visível no setor de serviços em geral e na saúde em particular.

A dinâmica da sociedade contemporânea reflete as profundas transformações vivenciadas no mundo do trabalho ao longo das últimas duas décadas. Essas transformações são decorrentes de um conjunto de significativas modificações nos processos de trabalho, nos padrões e hábitos de consumo, nas inovações tecnológicas e nas relações de mercado de caráter globalizante.

Buscou-se aqui contribuir para um melhor conhecimento do processo de precarização das profissões ligadas a saúde no Brasil, e para essa tarefa resgatou-se elementos essenciais para se pensar esse fenômeno. No primeiro capítulo apresentamos as principais modificações ocorridas no mundo do trabalho e que influenciaram a precarização das relações de trabalho das profissões da saúde no Brasil. No segundo capítulo abordamos a política de

saúde no Brasil, expondo os processos históricos envolvidos em sua estruturação.

A partir desse trabalho foi possível constatar a prevalência da precarização do trabalho dos profissionais de saúde no âmbito do SUS por meio dos principais indicadores na atualidade, sob as categorias chave: 1) condições físicas e materiais da infraestrutura de trabalho; 2) fragilidade dos direitos; e 3) condições de realização do exercício da profissão, atendendo assim nosso objetivo geral.

BIBLIOGRAFIA

ALTVATER, Elmar. O preço da riqueza. São Paulo, Unesp, 1995.

ALVES, Giovanni. O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, Ricardo. (1997) Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 4ª.ed., São Paulo: Cortez.

_____, Ricardo. *O continente do labor*. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____, Ricardo. Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo, Boitempo/Coleção Mundo do Trabalho, 3ª ed, 1999.

AQUINO, Cassio Adriano Braz de et al Terceirização e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura nacional. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 130-142, June 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 de Nov. 2017.

BEHRING, Elaine Rosset. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: Conquistas e limites à sua efetivação**. 2006. Disponível em: <www.egem.org.br>. Acesso em: 18 dez. 2017.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Congresso Nacional (2000). Lei Complementar, n. 101, 4 maio 2000. LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal, Brasília.

_____, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol. 4. Rio de Janeiro, UERJ /HUPE, 1999.

_____, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. (Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARLEIAL, Liana; VALLE, Rogério (Orgs). Reestruturação Produtiva e o Mercado de Trabalho no Brasil. São Paulo: Hucitec/ABET, 1997.

CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 367-385.

CHESNAIS, François. A Mundialização Financeira: gênese, custos e riscos. São Paulo: Xamã, 1999.

CORDEIRO, H. A. As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. São Paulo, 1981. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____, H. A. O INAMPS na Nova República. Rio de Janeiro: MPAS/INAMPS, 22 maio 1985 (mimeo).

CORREIA, Maria Valéria Costa. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Nº 13, Recife, Ed. Universitária da UFPE, 2007.

COUTO, Berenice Rojas. O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.-F. (Org.). O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993, p.149-173.

DRUCK, Graça. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: FORMAS DIVERSAS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 15-43, Nov. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2017.

FIGUEIREDO, Mário João. - A Configuração Econômica do Estado na Sociedade Contemporânea. Tese (Doutorado em Economia). Universidade Federal do Paraná, 2003.

FIORI, J. L. Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro, Insight. 1995.

GOMES, Maria Terezinha Serafim. O Debate Sobre a Reestruturação Produtiva no Brasil. Curitiba, UFRP, Revista Espaço Geográfico em Análise, n. 21, p. 51-77, 2011.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de Nov. 2017.

GOUNET, Thomas. Fordismo e Toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo, 1999.

GRAMSCI, Antonio (1976). Americanismo e Fordismo. In: Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. São Paulo: Civilização Brasileira.

_____, Antonio – Democracia Operária, Coimbra, Centelha, 1976, p. 101 apud SECCO, Lincoln – “Gramsci: hegemonia e pós-fordismo” em COGGIOLA, Osvaldo (org.) – História e Revolução, São Paulo, Xamã Editora, 1998, p. 57.

GUERRA, Yolanda O Brasil (do) real: Alguns Elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações. (Tese de Doutorado). São Paulo, PUC/SP, 1998. (mimeo).

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, Apr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de Nov. 2017.

HARVEY, D. Condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1992.

HOBBSBAWM, Eric J. A era dos extremos: o breve século XX – 1914/1991. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1995.

_____, Eric J. *A Era dos Impérios 1875-1914*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto&Contexto Enferm* 2007 jul/set; 16(3): 417-25.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado. In: _____ (Org). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.151-178.

LÊNIN, V. I. O imperialismo, fase superior do capitalismo. São Paulo: Centauro, 2002.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, June 2007. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572007000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2017.

MANDARINI, M. B., Alves, A. M., & STICCA, M. G. (2016). Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16 (2), 143-152. doi: 10.17652/rpot/2016.2.661.

MATTOSO, Jorge. (1995) *A Desordem do Trabalho.*, São Paulo: Scrita.

MAURO, Maria Yvone Chaves et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244-252, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de Nov. 2017.

MENDES, E. V., 1993. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: *A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org.), Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 10, pp. 7-19, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 5-7, Nov. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de Nov. 2017.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e seguridade social*. São Paulo: Cortez, 1995.

NEGRI, Antonio – *La forma-estado*. Trad. Raúl Sánches Cedillo. Madrid: Akal, 2003.

NETTO, J. P. *Pequena história da ditadura militar brasileira (1964-1985)*. São Paulo: Cortez, 2014.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *As Possibilidades da Política: ideias para a reforma democrática do Estado*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

O'CONNOR, James (1977). *USA: a crise do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. *Política Social e Democracia*. 2. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERRJ, 2002. p 25-42.

ROCHA, J. S. Y. O movimento da reforma sanitária no Brasil. *Previdência Dados*, v.3, n.2, p. 5-11, 1988.

ROSSI, S. S. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso Brasileiro. São Paulo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Mimeografado, 1980.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro/Josiane Soares Santos. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SECCO, Lincoln – “Gramsci: hegemonia e pós-fordismo” em COGGIOLA, Osvaldo (org.) – História e Revolução, São Paulo, Xamã Editora, 1998.

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da Nossa Época, v.78).

TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. Rev. Saúde Debate, n.26, p. 42-43, 1989.

TOLEDO, Enrique de la Garça. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, Asa Cristina (Org). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 71- 89.